

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 N° 148

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AMYGDALITES LINGUALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Daniel-Louis-Michel-Urbain CABANTOUS

Né à Barbaste (Lot-et-Garonne), le 11 Septembre 1892

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Juges.</i>
		W. DUBREUILH, professeur		
		PETGES, agrégé		
		ROCHER, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS

80 bis, Cours de l'Argonne

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 N° 148

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AMYGDALITES LINGUALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Daniel-Louis-Michel-Urbain CABANTOUS

Né à Barbaste (Lot-et-Garonne), le 11 Septembre 1892



Examineurs de la Thèse

{	MM. MOURE, professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Juges.</i>
	W. DUBREUILH, professeur		
	PETGES, agrégé		
	ROCHER, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale. . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et Parasitologie	MANDOUL.
Clinique chirurgicale. .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologiq.	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu-		Clinique chirurgicale, in-	
tiques générales . . .	CRUCHET.	fantile, orthopédie. .	DENUCÉ.
Clinique d'accouchem ^{nt} .	RIVIÈRE.	Clinique gynécologique.	BEGOUIN.
Anatomie pathologique et		Clinique médicale des	
microscopie clinique .	SABRAZÉS.	maladies des enfants .	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUE.	Chimie biolog. et médic.	DENIGES.
Anatomie générale et his-		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
tologie.	G. DUBREUIL.	Médecine colon ^{ie} et cliniq.	
Physiologie.	PACHON.	des maladies exotiq. .	LE DANTEC.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des	
Médecine légale et	VERGER.	voies urinaires . . .	POUSSON.
déontologie.		Clinique des maladies cu-	
Physique biologique et		tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
clinique d'électricité	BERGONIE.	Clinique des maladies	
médicale	CHELLE.	nerveuses et mentales.	ABADIE.
Chimie		Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie	MOURE.
Botanique et matière	BEILLE.	Toxicologie et hygiène	
médicale		appliquée	BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N...	{ LEURET. DUPÉRIÉ. CREYX. MICHELEAU.
Histologie	N...	
Physiologie.	LACOSTE chargé	Médecine générale . . .
Anatomie pathologique.	DELAUNAY.	{ PERRENS. LANDE. ROCHER.
Parasitologie et sciences	MURATET.	
naturelles	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales . . .
Physique biologique et	N...	Médecine légale . . .
médicale	RÉCHOU.	Chirurgie générale . . .
Chimie biologique et mé-	N...	{ PAPIN. PERY. FAUGÈRE.
dicale	N...	
Médecine générale . . .	PETGES.	Obstétrique.
	CARLES (J.).	Ophtalmologie.
	MAURIAC.	Pharmacie
		N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie . .	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentsaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne	MAURIAC.
Cours complémentaire de pathologie externe	GUYOT.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les	
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation	
professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES ONCLES ET A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur GEORGES PORTMANN

CHEF DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En remerciement des précieux
conseils qu'il nous a donnés.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR E. J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

GRAND'CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE LA CATHOLIQUE

COMMANDEUR DE L'ORDRE D'ALPHONSE XII



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Étude des Amygdalites linguales

INTRODUCTION

Quoique de nombreux travaux aient déjà été publiés sur la pathologie de l'amygdale linguale et qu'il n'y ait guère de faits nouveau à apporter dans l'étude des maladies de la base de la langue, il nous a paru intéressant, cependant, d'envisager quelques points particuliers de ces affections, qui ne doivent être ignorées ni du laryngologiste, ni même du praticien général.

Les amygdalites linguales nous paraissent, en effet, moins rares qu'on le croit généralement ; il nous semble que les traités didactiques leur font une place par trop insuffisante, dans leurs chapitres consacrés aux maladies bucco-pharyngées. Comme nous le montrerons au cours de notre travail, en nous appuyant sur une statistique personnelle, faite dans le service du Professeur Moure, on diagnostiquerait plus souvent ces amygdalites, si on était plus averti de leur fréquence, et surtout, si on les connaissait mieux. La diversité des symptômes subjectifs et fonctionnels par lesquels elles se manifestent, est une des raisons pour lesquelles le diagnostic s'égare, et la plupart du temps, il suffirait de penser à leur existence possible pour les découvrir.

Les malades viennent d'ordinaire trouver leur médecin pour un corps étranger au niveau de l'arrière gorge, des douleurs, de l'enrouement, etc... et il conviendra de ne pas se laisser entraîner d'emblée, vers un diagnostic d'angine et de laryngite, mais de songer que l'amygdalite linguale peut, elle aussi, être en cause. Un examen consciencieux lèvera, d'ailleurs, tous les doutes. Nous allons donc essayer dans les pages suivantes, après un exposé historique auquel nous avons donné tous nos soins, de mettre en valeur les symptômes généraux qui devront attirer l'attention du médecin, Puis, ayant donné quelques indications pathogéniques et anatomo-pathologiques, nous en déduirons les conséquences thérapeutiques les plus appropriées.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous n'aurions garde d'oublier de remercier ici tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, auxquels nous devons les connaissances acquises pendant nos années d'études, et particulièrement MM. les Professeurs Moure, Cassaët, Sabrazès, Chavannaz, Lagrange, Duvergey et Carles, qui nous ont toujours accueilli avec bienveillance dans leur service, pour les conseils qu'ils nous ont donnés et dont nous espérons avoir retiré le meilleur profit.

Nous remercions aussi, M. le D^r Georges Portmann, pour ses conseils et ses précieuses indications et la bienveillance qu'il a toujours montré à notre égard.

Qu'il nous soit également permis d'adresser tous nos remerciements à M. le Professeur Moure, pour l'enseignement qu'il nous a donné durant les quelques mois passés dans sa Clinique et pour l'honneur qu'il nous fait, aujourd'hui, en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'amygdale linguale, au point de vue anatomique, est connue depuis très longtemps, puisqu'Haller, en 1764, dans le Tome I de ses « *Opera minora Anatomica ad partes Corporis Humani* », mentionne à la base de la langue, l'existence de quelques glandes folliculeuses, toutefois, sans leur attribuer un rôle bien défini. Un peu plus tard, Warthon, Loffenberg et Morgagni, étudiant la base de la langue, trouvent aux amygdales palatines et à la quatrième amygdale, une structure identique. En 1856, Kölliker, dans son volume sur les « *éléments d'histologie humaine* », donne une description détaillée sur leur vraie situation et leur structure : « Les follicules de la base de la langue forment au-dessus des glandes muqueuses, immédiatement au-dessous de la muqueuse, une couche presque continue qui s'étend des papilles caliciformes à l'épiglotte et d'une amygdale à l'autre. Quand on les a mis à nu, on reconnaît que chaque follicule constitue un petit organe lenticulaire, revêtu à sa face externe par la muqueuse plongeant dans le tissu sous-muqueux auquel il adhère lâchement, et recevant par sa face profonde, le conduit excréteur d'une glande muqueuse située plus en dedans. »

Asverus, en 1859, parlant des mêmes glandes follicu-

leuses de la base de la langue, prétend qu'elles peuvent être multiples, et susceptibles d'être rencontrées dans différentes parties du corps. Luschka, Henle, en 1873, et Stohr en 1877, en font une étude détaillée au point de vue anatomique et physiologique. En 1884, Frey et surtout Waldeyer reprenant la question voient dans l'amygdale un amas d'éléments lymphoïdes absolument assimilable aux amygdales palatines et pharyngée.

Des auteurs plus modernes, tels que Swain Retterer et Chauveau, firent de nombreux travaux. Ce dernier dans son « Anatomie et physiologie du pharynx » nous dit « L'infiltration lymphoïde se fait sentir partout au pharynx et constitue en certains points de véritables amas dénommés amygdales (Pharyngienne, palatines et linguale) et regardés à tort comme des organes distincts ». A la même époque Wyatt Wingrave fit un rapport à la « British Laryng and Rhinol assoc. » concernant la quatrième amygdale. En 1896 Moure rapporta à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux l'examen histologique et décrivit en arrière du V. Lingual entre lui et la base de l'épiglotte un amas de follicules complétant l'anneau de Waldeyer, susceptibles de s'hypertrophier et de s'enflammer.

De nos jours nous trouvons quelques travaux de Lévy 1900, Davidson, Pettinati 1907, Dupuy 1911, qui ne nous apportent pas de connaissances nouvelles sur ce sujet.

G. Dubreuil en 1922 dans ses leçons d'Amsterdam apporte des données intéressantes sur l'histologie normale de ces organes lymphoïdes.

La pathologie de l'amygdale linguale au contraire est beaucoup plus récente. Les premières recherches furent publiées en 1880 et présentées au Congrès de laryngologie de Milan par Lennox Browne et suivies d'autres travaux du même auteur ; en 1888 il publia un travail sur l'hyper-

trophie du tissu glandulaire de la base de la langue, en 1896 un autre sur l'hypertrophie chronique et les varices de l'amygdale linguale ; en 1898, il donna quelques particularités anatomiques ayant trait à la pathologie de l'amygdale linguale. Dans ce travail, il attribuait la tendance aux engorgements et l'hypertrophie chronique de cet organe, à la disposition superficielle et à la richesse du plexus veineux de la base de la langue, n'admettant pas une fréquence plus grande de cette affection chez la femme. Ostmann 1884, Rice 1886 et surtout Swain (*Deutsch. Archiv. für Klinisch Medizin*), en étudièrent la pathologie. D'après le résultat de ses recherches, Swain, conclut que l'hypertrophie de l'amygdale linguale, a une ressemblance au point de vue histologique, avec les amygdales palatines et constata qu'elle porte à la fois sur tous les éléments des follicules linguaux augmentés de volume en totalité. Nous trouvons encore des études intéressantes dans les travaux de Gleitsmann, Mac Bride, Beverley Robertson, Hertzog, 1887.

En France, le premier travail sur la pathologie de la quatrième amygdale, fut publié, par Ruault, en 1888. Cet auteur croit que la forme chronique est la plus commune, et semble être le plus souvent chronique d'emblée. Il attribue l'intensité plus ou moins grande des symptômes, au degré d'impressionnabilité du malade. Viennent, ensuite, les travaux de Balme (Thèse de Paris, 1888), qui s'appuient sur les travaux de Swain et admet, comme lui, que les glandes folliculaires de la base de la langue, diffèrent fort peu, au point de vue histologique, des amygdales palatines, et que leur hypertrophie a une ressemblance étroite avec ces dernières. Teulières, à son tour, (Thèse de Bordeaux, 1889), fait une étude détaillée de la symptomatologie de cette affection et de son traitement.

En 1891, Moure et Raulin, étudient les manifestations de la syphilis, sur les tonsilles pharyngées et préépiglotti-

ques. Ils distinguent deux variétés d'amygdalites secondaires : la première siège sur les parties latérales où l'on trouve des plaques muqueuses ulcérées qui correspondent à un follicule clos enflammé, on a donc un processus pathologique circonscrit aux follicules. Dans la deuxième variété, la lésion se trouve sur la ligne médiane, forme une tumeur unique ; on a une amygdalite en masse où le stroma et les follicules sont en cause. Il y a à la fois un follicule et une périfolliculite.

Viennent, ensuite, les travaux de Seifert, Simanowski et Hamilton, 1894, Labèque, à Bordeaux et Marion, à Paris, dans leur thèse (1894), traitent la question, le premier se place au point de vue des amygdalites aiguës, le second, envisage en même temps, les périamygdalites phlegmoneuses, il trouve cette affection rare et propre, presque exclusivement aux adultes. Comme cause principale de l'infection, il incrimine le milieu buccal. Raoult, 1895, constate, sur 120 cas de lésions plus ou moins accentuées, 35 accompagnées de lésions dentaires ou buccales, 12 cas ayant une cause dentaire ou buccale seule, et 25, avec une cause nasopharyngée ajoutée. Le traitement pour lui doit, par conséquent, s'adresser tout d'abord à la cause initiale. Aymé, dans sa thèse de 1896, tâche de mettre au point la question de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, et donne avec Ruault, comme cause fréquente, une origine nasale, par respiration la bouche ouverte.

Bar, en 1897, donne à la pathogénie, une origine microbienne, se rapportant à Veillon (Arch. méd. expér. et anat. path., n° 2, 1894), qui décèle la présence de strepto Staphylo et pneumocoques dans une amygdale hypertrophiée. Didsbury, Ricci de Trévise, 1897, firent une étude assez complète de la question. Nous arrivons ainsi à un des plus gros travaux fait sur la pathologie de l'amygdale préépiglottique : le rapport du Docteur Escat de Toulouse, (*Bull. de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngol.*), en

1898. Dans son rapport, après une courte description du siège et de l'anatomie de la quatrième amygdale, il passe en revue toutes les affections dont elle peut être le siège ; amygdalite catarrhale phlegmoneuse, syphilis, tuberculose et surtout l'amygdalite chronique hypertrophique qui est la plus fréquente. Il voit dans l'hypertrophie des follicules de la base de la langue, la conséquence de séries de poussées inflammatoires paroxytiques d'angines catarrhales répétées, d'angines aiguës, de syphilis ou d'une irritation de causes diverses. Au point de vue examen au miroir laryngoscopique, il distingue : 1° Une hypertrophie disséminée, intéressant quelques follicules parsemés, qui est la forme la plus simple et la plus fréquente ; 2° Une forme massive, où les follicules agglomérés par groupes, forment une petite tumeur tantôt médiane, tantôt latérale ; 3° Une hypertrophie en nappe ininterrompue, mamelonnée, pouvant, parfois, enchatonner l'épiglotte.

Parlant de l'atrophie de l'amygdale, le Docteur Escat, ne trouve pas la nécessité d'invoquer un processus pathologique pour l'expliquer, puisque, d'après lui, il se produit une regression, la réduisant à quelques follicules lenticulaires, et que l'atrophie semble complète en avançant vers l'âge adulte.

Davis, en 1900, présente à la Société de Laryngologie de Londres, une femme de 39 ans, atteinte de syphilis secondaire de l'amygdale linguale. Ferrand et Rosenthal, dans le *Lyon Médical* de 1902, consacrent un article du traitement de l'hypertrophie de la Tonsille préépiglottique et cherchent à en atténuer les symptômes pénibles en faisant disparaître la seule cause : l'altération glandulaire. Rosenthal (Thèse de Lyon, 1902), fait une étude détaillée de l'anatomie de la quatrième amygdale, et étudie, ensuite, sa pathologie et son traitement. Grossard, dans le *Bulletin d'oto Rhino Laryngologie*, du 1^{er} avril 1911, reprend la question et passe en revue les différentes affections, depuis

l'amygdale catarrhale, susceptible de résolution, jusqu'à l'amygdale herpétique qui se caractérise surtout par des vésicules très douloureuses, tout en réservant la plus grande part à l'amygdalite chronique hypertrophique. Dans ces dernières années, quelques articles sont publiés sur les affections et sur le traitement de la tonsille linguale. Biedert, en 1916, Turtur, en 1917, se placent au point de vue de l'importance de l'hypertrophie dans la pratique courante. Sluder, publie quelques observations en 1917 ; Weinberger, en 1918 ; Winlow, 1920, fait paraître un article sur la voix et la tonsille linguale. Mink, dans les *Archives de laryngologie de Berlin*, 1919-1920, publie la pathologie et la thérapeutique de l'amygdale de la base de la langue. Enfin, en 1920, nous trouvons dans les *Annales de Médecine*, une étude complète de Georges Portmann, sur les amygdalites subaiguës, leur pathologie et leur traitement.

CHAPITRE II

ANATOMIE ET HISTOLOGIE

Sans entrer dans le détail d'une description anatomique minutieuse, il nous paraît cependant utile, d'exposer les caractères de situation, de rapport, et de structure, qu'on est susceptible de faire intervenir dans la pathogénie des affections de l'amygdale linguale.

Le tiers postérieur du dos de la langue est totalement différent de ses deux tiers antérieurs, dont il reste séparé par le V lingual. C'est au niveau de cette région postérieure que siège la quatrième amygdale. Les limites ne sont pas nettement fixées, puisqu'elle n'est formée que par du tissu lymphoïde ayant infiltré la zone épithéliale de la muqueuse linguale. Plus développée chez l'enfant où elle constitue une masse unique, s'étendant des fossettes glosso-épiglottiques en arrière, au V lingual en avant, et d'un bord de la langue à l'autre, elle diminue, le plus souvent, au fur et à mesure qu'on avance en âge et ses éléments constitutifs ayant disparu, en particulier sur la ligne médiane, elle paraît constituer deux amygdales paires et symétriques au niveau des deux moitiés de la base de la langue.

Elle offre l'aspect d'une surface tomenteuse, avec quelques dépressions correspondant aux orifices cryptiques qui

sont infiniment moins nombreux qu'au niveau des amygdales palatines. A son niveau, la muqueuse est rosée, assez lisse, sans exsudat à l'état normal.

Le volume apparent de cette amygdale, dépend de l'âge de l'individu examiné, et il est d'ailleurs assez difficile d'en connaître les dimensions exactes, les limites étant, comme nous l'avons dit plus haut, assez peu marquées, et la région de l'amygdale linguale se fondant peu à peu avec les parties avoisinantes.

Les rapports de l'organe paraissent commandés par sa situation anatomique, c'est-à-dire, qu'étant immédiatement située au-dessous de la muqueuse du tiers postérieur de la langue, elle est en rapport en avant avec les papilles caliciformes qui constituent le V lingual ; en bas et en arrière avec l'épiglotte, les replis et les fossettes glosso-épiglottiques ; sur les côtés, en allant d'avant en arrière, avec le pilier antérieur, la base de la loge amygdalienne palatine, le pilier postérieur et la gouttière glosso-pharyngée. Il est utile de faire remarquer, d'ailleurs, que dans certains cas, la voussure qui constitue l'amygdale linguale, paraît se continuer directement avec l'amygdale palatine correspondante. En haut et en arrière, elle répond à la cavité bucco pharyngée, et à l'état de repos, contribue, dans une certaine mesure, à limiter en bas l'isthme bucco pharyngé. Il est à remarquer que, dans le deuxième temps de la déglutition, la base de la langue venant s'appliquer sur l'épiglotte, la partie supérieure de cette dernière n'est plus en rapport avec la cavité bucco pharyngée, mais arrive en contact intime de l'opercule glottique. En bas et en avant, l'amygdale linguale repose sur la masse musculaire de la base de la langue.

Infiniment plus instructive pour nous est la constitution histologique de la tonsille préépiglottique au sujet de laquelle les traités classiques sont véritablement trop succincts.

Comme l'amygdale palatine, l'amygdale linguale présente essentiellement un territoire de la muqueuse digestive, chargée de follicules lymphatiques. Sur une coupe, elle apparaît comme constituée par un revêtement épithélial, et un chorion semé de formations lymphoïdes. De loin en loin, le revêtement épithélial s'enfonce dans le tissu lymphoïde tapissant des cavités ou cryptes amygdaliens que présente ce dernier. A noter que ces cryptes sont beaucoup moins nombreux et, surtout, beaucoup moins anfractueux que les cryptes analogues de l'amygdale palatine. A la partie profonde de cette amygdale, existe une couche de tissu conjonctif assez dure et assez épaisse, qui la sépare du tissu musculaire sous-jacent, mais qui n'est pas d'une importance suffisante, cependant, pour mériter le nom de capsule.

L'épithélium qui est celui d'une muqueuse dermo-papillaire est du type Malpighien, et par conséquent pavimenteux stratifié, absolument homogène sur les parties superficielles de l'organe. Il est composé des différentes couches suivantes : une assise de cellules génératrices reposant sur une membrane basale, cellules d'aspect allongé, tassées les unes contre les autres, réunies entre elles par des filaments d'union. Au-dessus plusieurs assises de cellules polyédriques à épines de Schultze très marquées, constituant le corps muqueux de Malpighi. Plus superficiellement, enfin, ces cellules s'applatissent au point de prendre un aspect lamelliforme, mais restent toujours fortement tassées les unes contre les autres. Ces cellules presque toutes nucléées ne subissent aucune évolution éleïdique et aucune kérétinisation.

Cet épithélium possède une très grande cohésion ; ses éléments sont solidement unis entr'eux par des filaments d'union. Il ne diffère donc en rien de l'épithélium buccal et possède, comme lui, toutes les qualités de résistance nécessaire pour le rôle physiologique qui est dévolu à la bouche.

Mais, ce même épithélium, absolument homogène dans les parties superficielles de l'amygdale se modifie au fur et à mesure qu'il s'invagine dans les cryptes. Il devient, en effet, de plus en plus épais : ses limites paraissent de plus en plus floues et au fond d'une cavité cryptique, il semble se confondre avec le chorion infiltré sous-jacent (Portmann).

Cet épaissement n'est pas dû à une augmentation du nombre des éléments cellulaires, mais à leur dissociation. L'épithélium porte, en effet, à ce niveau un épithélium aréolaire se rapprochant de l'épithélium fenêtré que Renaut a décrit au niveau de l'amygdale palatine où existent, comme on le sait, de véritables espaces constitués par l'écartement des cellules, les thèques intraépithéliales.

L'épithélium de l'amygdale linguale à grande cohésion sur les parties superficielles est un peu fenêtré dans les cryptes, et c'est un point qui, nous le verrons, aura son importance au point de vue pathologique.

Au-dessous de l'épithélium s'étale un nappe de tissu conjonctif, cloisonné en lobules par des tractus conjonctifs denses qui, en se réunissant, vont constituer à la partie profonde de l'organe une véritable capsule fibreuse. Dans les lobules, le tissu conjonctif plus lâche est infiltré de cellules lymphatiques et, de place en place, on constate la présence d'organes ayant les caractères des follicules lymphoïdes.

Le follicule, ou organe lymphoïde élémentaire, est constitué par les éléments du tissu adénoïdien en général, un réseau et un contenu consistant en cellules libres dans les mailles de ce réseau. C'est un corps arrondi différencié en deux parties, une zone corticale de couleur sombre entourant une région centrale plus claire, de forme circulaire. Cette dernière a reçu le nom de centre germinatif

parce qu'elle est le siège de divisions cellulaires actives et qu'elle est un lieu de formation de leucocytes mononucléaires. Or, ces follicules sous-jacents à la basale, tassés autour des cryptes, baignent, ainsi que l'épithélium voisin, dans une infiltration lymphocytaire abondante due au passage incessant des cellules lymphatiques se rendant de l'intérieur à l'extérieur. Du centre germinatif où elles viennent de se former, elles passent à la périphérie du follicule, puis traversant la basale, arrivent dans les thèques intra-épithéliales qui les conduisent dans la bouche (Portmann).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE
ET DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les amygdalites linguales, quelle que soit leur forme, se manifestent par des symptômes communs, pour lesquels le malade vient généralement demander avis à son médecin. Ce sont ces signes que nous allons d'abord passer en revue.

Symptômes subjectifs.

SENSATION DE CORPS ÉTRANGER. — C'est le premier sur lequel l'attention est attirée. Nous avons là une foule de modalités. Tantôt c'est une croûte de pain, une arête de poisson, un cheveu, arrêtés dans la gorge et ne pouvant s'en détacher, tantôt une esquille d'os, un gros fil, voir même une boule qui ne peuvent être ni rejetés ni avalés. Cette sensation, le plus souvent localisée d'un seul côté. Certains malades se rendent parfaitement compte qu'il n'y a là qu'un symptôme dont la cause leur échappe; d'autres, au contraire, ont l'impression d'avoir réellement quelque chose, et précisent même en quelle occasion et à quel moment cet accident leur est arrivé. Les uns et les autres éprouvent le besoin continu de déglutir, ce qui ne modifie en rien la sensation de présence d'un corps solide. Il faut remarquer cependant que, s'il n'y a pas de modification par la déglutition à vide ou celle de liquides, il y a

une diminution notable, mais passagère, à la suite d'ingestion d'aliments solides.

DOULEUR. — C'est un autre signe important généralement localisée en un point fixe; le plus souvent, elle correspond à l'os hyoïde et est exagérée par une pression, même modérée, quelquefois même par la déglutition. Dans de nombreux cas, on a constaté une irradiation vers l'oreille, du même côté que la lésion amygdalienne.

Troubles fonctionnels.

Le **HEMMAGE** est provoqué par la sensation continuelle de corps arrêté dans la gorge; le malade racle sa gorge sans cesse, de façon à expulser ce qui le gêne, sans pouvoir y parvenir.

La **Toux** est un signe presque constant. Elle est petite, fréquente, sèche, quinteuse et spasmodique.

L'**EXPECTORATION** qui suit en général la toux est muqueuse, blanchâtre, parfois même sanguinolente, le plus souvent peu abondante.

MODIFICATION DE LA VOIX. — Se rencontre dans le plus grand nombre de cas et se trouve même quelquefois seule. Suivant la variété de l'affection, les troubles seront plus ou moins intenses. Tandis que dans l'amygdalite aiguë et l'hypertrophie chronique on constate « la voix amygdalienne », c'est-à-dire légèrement nasonnée et modifiée dans son timbre, dans l'amygdalite phlegmoneuse, au contraire, on a d'emblée une voix sourde, empâtée, souvent inintelligible par suite de l'immobilisation de la langue. La douleur va provoquer des troubles fonctionnels non moins importants, tels que : ténésme pharyngé, odynphagie, dysphagie, qui pourra amener le sujet jusqu'à la dénutrition et compromettre son état général. Dans certains cas, on a même observé de l'œsophagisme.

NEURALGIES. — S'observent souvent; elles sont assez caractéristiques; se manifestent généralement à distance, le plus communément au niveau de la fourchette sternale, derrière le sternum, à l'épaule, dans l'espace interscapulaire, au creux épigastrique, etc.

NAUSEES. — Ne sont pas rares non plus. Provoquées par la toux excitant d'une façon trop prolongée les rameaux du glosso-pharyngien.

TROUBLES RESPIRATOIRES. — Peuvent exister; ils sont cependant assez rares, sauf dans les amygdalites phlegmoneuses, où ils peuvent être très marqués.

TROUBLES NERVEUX. — Nous pouvons en voir apparaître toute une série, tels que asthme, bronchite, ictus laryngés, phénomènes convulsifs, même des crises syncopales graves. Il faut tout de suite dire que ces manifestations névropathiques sont disproportionnées avec l'importance de la lésion.

HEMORRAGIES. — Assez fréquentes chez les vieillards et les névropathes. Elles sont provoquées par les varices de la base de la langue. Peu abondantes, le plus souvent, elles prennent une importance assez considérable aux yeux des sujets qui se croient atteints d'une maladie grave, telle que cancer, tuberculose, etc... ce qui les amène à consulter un médecin.

En présence de toutes ces manifestations, le praticien devra rechercher les symptômes objectifs. Il a pour cela à sa disposition plusieurs procédés de clinique courante :

1° *Inspection externe.* — On regarde s'il n'existe pas de modifications, de forme, de coloration, de surface.

2° *Inspection par la voie buccale.* — A laquelle le médecin doit procéder ensuite. La langue étant maintenue dans sa position normale, c'est-à-dire, sur le plancher

de la bouche et derrière les dents, avec l'extrémité de l'abaisse-langue posée sur le tiers antérieur de la face dorsale de la langue, en faisant prononcer au malade la lettre A, on déprime lentement et on arrive à examiner l'arrière gorge. On peut constater ainsi les modifications de forme, de volume, de couleur, de l'isthme du gosier. Dans certains cas, si la tuméfaction est assez considérable, on peut arriver à apercevoir la base de la langue, mais souvent par le simple examen on ne pourra atteindre cette région, qu'en enfonçant l'abaisse-langue jusqu'à la partie postérieure, provoquant ainsi une nausée qui fait saillir la quatrième amygdale.

3° *Inspection au miroir laryngoscopique.* — S'impose et donne des renseignements plus précis. La langue tirée en dehors et tenue à l'aide d'un linge, la pointe dirigée vers le bas, on introduit doucement le miroir et on le place à un angle suffisant de façon à pouvoir examiner la base de la langue que l'on aperçoit dans tous ses détails, avec ses modifications de couleur, de volume, ses sécrétions anormales, etc... Cet examen donne donc des indications précieuses pour le diagnostic.

4° *Palpation externe.* — Par ce procédé on recherche l'œdème de la région sus-hyoïdienne, les points douloureux. Puis la tête du malade penchée en avant, on palpe la région sous-maxillaire de façon à déceler un adéno-pathie qui renseignera souvent sur la nature de l'affection, selon qu'on aura des ganglions douloureux ou indolores.

5° *Toucher buccal.* — Il terminera notre examen. L'observateur se place face au malade et introduit dans la bouche l'index droit qui donne tous les renseignements sur le volume et surtout sur la consistance et la sensibilité de l'amygdale linguale.

Nous venons d'envisager les différents moyens d'explo-

ration au moyen desquels il sera possible de constater les caractères objectifs variés des amygdalites linguales. Comme nous le verrons plus loin, à propos de l'anatomie pathologique, la région de la quatrième amygdale est soumise à toutes les variations pathologiques du tissu adénoïde. Quoiqu'il ne soit pas toujours facile de faire un diagnostic clinique précis, les diverses formes d'amygdalites présentent, cependant, des symptômes objectifs sur lesquels nous allons attirer l'attention.

L'amygdalite linguale peut être le siège de processus aigus : telles les différentes formes d'amygdalites aiguës, depuis la folliculite jusqu'à l'amygdalite phlegmoneuse, que nous ne ferons que citer, cette affection ayant une importance suffisante pour être traitée séparément ; ou bien subaigu, tel que l'adénite amygdalienne, étudié tout récemment, par le Docteur Georges Portmann (*Annales de Médecine*, sept. 1920). La tuberculose, la syphilis, choisissent souvent, comme lieu d'élection, l'amygdale linguale. Enfin, nous pouvons assister à une évolution chronique et c'est alors l'amygdalite chronique hypertrophique, le mycécis.

I. — Amygdalites linguales, aiguës.

a) FOLLICULITE DE LA BASE DE LA LANGUE. — A généralement un début brusque. On observe de la courbature et un malaise général. Il n'est pas rare de voir apparaître quelques troubles gastro-intestinaux. On ne constate aucune modification de forme, ni de coloration de la peau de la région hyoïdienne. L'examen de l'arrière gorge, montre une rougeur diffuse de la région. Au miroir, on aperçoit un gonflement de toutes les parties atteintes, un enduit pultacé peu abondant, recouvre certaines follicules. La palpation externe réveille une douleur, par pression sur les côtés du cou, vers les grandes cornes de l'os hyoïde. On peut découvrir quelques ganglions généralement peu douloureux. Le toucher donne la sensation

d'une amygdale tuméfiée, lisse, de consistance élastique, le plus fréquemment douloureuse.

b) AMYGDALITE CATARRHALE AIGUE. — S'annonce identiquement à la précédente. L'inspection externe ne décele aucun signe. La voie buccale montre une gorge rouge sur toute sa surface ; on ne trouve pas de traces d'exsudat. La palpation ne révèle aucune sensibilité. Il n'y a pas d'adénopathie. Le toucher accuse une amygdale linguale légèrement tuméfiée et une douleur très modérée.

c) AMYGDALITE ÉRYTHÉMATEUSE. — Provoque un malaise général et une douleur intense de la déglutition ; on ne voit aucune modification de la peau. Le miroir nous montre une tonsille linguale piquetée de rouge vif avec un semis diffus d'érosions blanchâtres qui peuvent occuper toute la région, et rendent la déglutition très pénible. L'adénopathie est peu marquée. Le toucher donne peu de renseignements.

d) AMYGDALITE HERPÉTIQUE. — Débute par une fièvre pouvant aller jusqu'à 35°5 et 40°, des frissons, de l'anorexie, de la courbature. L'examen externe permet de découvrir des vésicules herpétiques, non seulement sur la muqueuse buccale, mais sur la face externe des lèvres. A l'examen laryngoscopique, on voit une amygdale rouge tuméfiée couverte de groupes de vésicules disséminées qui s'étendent généralement dans toute la gorge, piliers, luette, épiglote. Ces vésicules grosses comme un grain de mil sont translucides, et se rompent facilement, laissant une petite ulcération ronde, grisâtre, entourée d'un liseré inflammatoire très mince. La palpation de la région sous-maxillaire indique une adénopathie peu marquée. Le toucher est légèrement douloureux.

e) AMYGDALITE LACUNAIRE ULCÉREUSE AIGUE. — S'installe généralement d'une façon insidieuse, à la suite d'un refroidissement ou d'un mauvais état général. Il n'y a aucune modification externe ni de surface ni de couleur. L'inspec-

tion par voie buccale fait voir une langue saburrale, l'arrière-gorge est intacte. Le malade a une haleine forte. Au miroir on aperçoit sur la base de la langue une ulcération grisâtre, recouverte d'un enduit caséeux, que l'on peut enlever sans difficulté; au-dessous, on découvre une surface rouge, sanieuse, à bords nets, rouges, taillés à pic, que l'on peut faire facilement saigner. L'inflammation ne s'étend pas au-delà. La région sous-maxillaire est le siège d'une petite adénopathie légèrement douloureuse. La palpation interne trouve une base de langue non infiltrée, de volume normal.

f) AMYGDALITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE. — Commence par une fatigue générale et un peu de température. Il n'est pas rare de voir une tuméfaction très marquée, des ganglions sous-maxillaires et angulo-maxillaires. Une inspection rapide de la gorge permet de voir une inflammation de toute la région. L'examen au laryngoscope découvre de fausses membranes, blanc grisâtres, saillantes sur les bords, à limites très nettes et une inflammation de toute cette zone. Au-dessous de ces fausses membranes, la surface est saignante, érodée; les bords taillés en biseau, le fond recouvert d'un enduit gris. Au-dessous, on trouve les bourgeons saignants. La fausse membrane se reproduit sans cesse et l'ulcération progresse en profondeur. A la palpation, on trouve une grosse adénopathie douloureuse. Le toucher fait sentir une amygdale linguale élastique tuméfiée, très sensible. Cette affection est d'ailleurs très rare.

g) AMYGDALITE LACUNAIRE CASÉEUSE. — Ne présente aucune réaction inflammatoire du côté des ganglions. Le miroir reflète une amygdale augmentée de volume. L'orifice des cryptes est occupé par de petites concrétions gris jaunâtre à odeur fétide que le malade expulse en toussant, aucune douleur n'est réveillée par le toucher buccal, mais, si l'opérateur appuie sur la base de langue, il fait sourdre

en plus grande quantité, la matière caséuse renfermée dans les cavités cryptiques.

h) AMYGDALITE LACUNAIRE ENKYSTÉE. — Ne peut se déceler qu'à l'examen laryngoscopique. On aperçoit alors une tumeur du volume d'un grain de blé de coloration blanchâtre, faisant corps avec l'amygdale. Le toucher, trouve une petite tumeur dure, lisse, tendue, non douloureuse.

II. — **Amygdalites subaiguës.**

Nous comprendrons dans ce groupe l'amygdalite subaiguë proprement dite ou adénite amygdalienne, la tuberculose et la syphilis.

a) ADÉNITE AMYGDALIENNE. — On constate, tout d'abord, dans ce cas, une tuméfaction de la région sus hyoïdienne et sous maxillaire d'un seul ou des deux côtés, par suite d'une forte poussée ganglionnaire sans modification de coloration des téguments. L'examen direct de la gorge, permet de voir que cette amygdalite linguale hypertrophique subaiguë accompagne généralement une amygdalite palatine. On peut se trouver, alors, en présence d'un processus hypertrophique peu accentué, ou au contraire, tel que l'oropharynx se trouve totalement obstrué. Les tonsilles ont une coloration rouge et un aspect régulier lisse. La muqueuse de l'arrière gorge ne présente ni ulcération, ni exsudat. L'examen au miroir révèle une amygdale linguale de couleur rougeâtre, soit uniformément tuméfiée, soit tomenteuse, mamelonnée, pouvant atteindre le volume d'une noisette. La palpation externe, montre la présence de ganglions en poussée fluxionnaire, ayant conservé leur forme normale, à limites nettes et indépendantes des parties voisines.

Ces ganglions sont douloureux spontanément et à la pression. Enfin, le toucher buccal fait sentir une masse molle, spongieuse, sans résistance, et peu douloureuse, si

nous pratiquons le toucher naso-pharyngien, nous constatons la présence de végétations adénoïdes plus ou moins considérables. La marche de cette affection est essentiellement subaiguë, elle s'installe en trois ou quatre jours, sans symptômes bien marqués et évolue en 4 à 5 semaines, vers la résolution ou l'hypertrophie chronique.

b) AMYGDALITE SYPHILITIQUE. — Se traduit par une adénopathie sous maxillaire indolore, dure, les ganglions roulent sous le doigt. L'examen laryngoscopique montre deux types différents.

Le premier localisé sur l'un des côtés de la base de la langue, forme des mamelons gris rougeâtres isolés par des sillons. A leur sommet, de petites plaques muqueuses ulcérées répondent chacune à un follicule clos. Ce processus est limité aux follicules.

Le deuxième type, est une tumeur qui siège sur la ligne médiane ou sur un côté, mais forme une masse compacte ulcérée. Stroma et follicules sont intéressés. On a une « amygdalite folliculo-interstitielle » (Moure). Les douleurs sont d'autant plus nettes qu'il existe des plaques muqueuses en plus grand nombre.

c) AMYGDALITE TUBERCULEUSE. — Se manifeste sous plusieurs formes :

1° *Tuberculose miliaire ulcéreuse*. — L'inspection interne ne donne aucun renseignement. La voie buccale au contraire permet de voir une décoloration de toute l'arrière gorge qui a une teinte grisâtre. Au miroir on aperçoit une infiltration miliaire superficielle formant de petites érosions. Sur les bords ulcérés, irréguliers, se trouve un semis jaunâtre ; le toucher fait sentir une infiltration de la région.

2° *Forme végétante*. — Dans ce cas l'érosion est superficielle et large, elle creuse dans la profondeur et laisse une surface végétante à bords frangés, infiltrés, recouverts de nodules miliaires.

3° *Forme infiltro œdémateuse.* — Nous avons là une infiltration diffuse de tissus pâles. Sa marche est entrecoupée de poussées aiguës. Au toucher on ne réveille pas de douleur, mais on sent des tissus durs et œdédiatiés.

4° *Forme hypertrophique.* — Cette forme rare ne se reconnaît qu'à l'examen histologique et présente les symptômes d'une simple hypertrophie.

Quelles qu'elles soient, ces amygdalites sont accompagnées d'une adénopathie légère qui, parfois même, peut manquer, la palpation découvre des ganglions assez mobiles, indurés, pas ou très peu oduloureux.

III. — Amygdalites chroniques.

La plus fréquente est l'amygdalite chronique hypertrophique. Viennent ensuite le mycosis et les varices de la base de la langue.

a) AMYGDALITE LINGUALE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE. — Se rencontre le plus souvent à l'âge adulte. L'inspection de la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne ne nous fournit ici aucune indication. Il n'y a ni œdème ni adénopathie, à moins qu'on ne se trouve en présence d'une poussée aiguë, qui entrecoupe souvent la marche lente de l'hypertrophie. L'examen par la voie buccale au moyen de l'abaisse-langue montre une arrière-gorge rouge, mais, dans la plupart des cas, nous ne pouvons voir la base de la langue. Il en est autrement de l'inspection au laryngoscope, qui reflète une image de la tonsille permettant de faire immédiatement le diagnostic. Les aspects peuvent être très différents. L'hypertrophie peut être disséminée; c'est une forme qui se rencontre le plus souvent. On voit des éléments isolés atteignant la grosseur d'une lentille. Leur coloration va du rose jaunâtre au rouge intense. Cette folliculite peut être dispersée sur les côtés ou sur la partie médiane de la base de la langue. Entre ces follicules, on aperçoit une muqueuse lisse et d'un gris blanchâtre. Une

deuxième forme est l'hypertrophie massive. L'aspect change complètement. Les follicules agglomérés par groupes, forment de petites tumeurs épaisses, mamelonnées pouvant, dans certains cas, combler les fossettes glosso-épiglottiques. Elles peuvent siéger indifféremment sur les parties latérales ou médianes.

Enfin, l'hypertrophie peut revêtir une troisième forme et s'étaler en nappe ininterrompue mamelonnée, englobant tout le tissu adénoïde.

Quelquefois, à l'occasion de poussées aiguës ou subaiguës, la muqueuse, plus rouge, est susceptible d'enchaîner l'épiglotte. La palpation externe provoque une douleur plus ou moins vive, répondant toujours extérieurement à l'os hyoïde. On ne trouve ni ganglions ni empatement de la région.

Le toucher buccal donne la sensation d'une consistance élastique plus ou moins dure et renseigne sur le volume de la tumeur.

b MYCOSIS. — Ne provoque généralement pas de signes d'infection générale. L'inspection externe et buccale ne donnent aucun renseignement. Le miroir, au contraire, aide au diagnostic. La base de la langue n'est ni rouge ni enflammée, mais on voit à la surface de la tonsille des saillies blanches jaunâtres par petites touffes de plusieurs millimètres, adhérentes au tissu sous-jacent. Il n'y a aucune réaction ganglionnaire.

c LUPUS. — La muqueuse a une coloration normale au début. Elle est semée de granulations rougeâtres. Le miroir décèle au centre de la région malade une ulcération recouverte d'un enduit grisâtre; au toucher, on trouve une muqueuse infiltrée.

d VARICES DE LA BASE DE LA LANGUE. — Accompagnent souvent l'hypertrophie, forment des cordons plus ou moins violacés en petits paquets de volume très variable. On ne

découvre cette ectasie variqueuse qu'à l'examen direct au miroir; on les voit même souvent saigner sous l'influence d'une nausée ou du moindre contact. Les hémorragies qu'elles provoquent sont d'ailleurs peu abondantes et bénignes.

Il faut citer enfin des affections plus rares, telles que l'atrophie de l'amygdale linguale, et surtout l'amygdalite phlegmoneuse, que nous ne faisons que mentionner.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE

Il est très difficile pour le praticien d'établir un diagnostic précis en se basant uniquement sur les signes cliniques. Il doit, dans ce cas, songer au secours que lui donnera le laboratoire et savoir à quelles épreuves s'adresser. Les moyens d'exploration les plus courants seront les recherches anatomo-pathologiques, les examens bactériologiques et les diverses réactions sérologiques.

Examen biopsique.

Nous n'avons pas à décrire les diverses colorations qui ressortissent au technicien de laboratoire. Il suffit, pour le médecin, de reconnaître les lésions histologiques qui caractériseront les affections de l'amygdale linguale. Ces lésions seront variables, suivant qu'on se trouvera en présence d'un processus aigu, subaigu et chronique.

a) AMYGDALITES AIGÜES. — Telles que les folliculites aiguës, les fluxions amygdaliennes, l'angine érythémateuse, l'amydalite herpétique montrent, surtout si on est au début ou à la période d'état, une grande quantité de polynucléaires, en divers points de la coupe. Si on est, au contraire, au déclin de la maladie, on ne trouve guère plus que

des mononucléaires. On aperçoit aussi une dilatation et une congestion souvent considérable des nombreux vaisseaux qui nourrissent cette région.

L'examen microbiologique des coupes pourra révéler la présence de nombreux agents microbiens : staphylocoques, streptocoques, diplocoques, etc.

L'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë ou enkystée donne des renseignements plus précis. A la période préulcéreuse, une coupe perpendiculaire à la surface des kystes révèle un tissu normal. Le contenu est formé d'une substance hyaline se colorant mal, des cellules épithéliales sans noyau et quelques leucocytes ; ce milieu est stérile. A la période d'ulcération, l'épithélium formant la paroi du kyste est déchiquetée. A l'intérieur, on trouve une matière caséuse composée de cellules épithéliales et de quelques globules blancs. Aux points où l'épithélium n'existe plus, on a des territoires de nécrose et du tissu inflammatoire ; il y a, en outre, une grosse dilatation vasculaire.

L'examen microbiologique fait souvent voir des streptocoques et des staphylocoques, mais on ne trouve à aucune période de bacille spécifique.

L'amygdalite ulcéro-membraneuse montre dans une coupe une bouillie grisâtre formée par un amas d'hématies, de globules de pus et de cellules épithéliales altérées ; on ne trouve aucune trace de réseau fibrineux, contrairement à ce qu'on observe dans la diphtérie.

La microbiologie met en évidence le bacille fusiforme de Vincent généralement associé à un spirille.

AFFECTIONS SUBAIGUËS. — L'amygdalite hypertrophique a été étudiée au point de vue anatomo-pathologique par Portmann, à qui nous empruntons ce paragraphe. Les modifications microscopiques portent autant sur la muqueuse que sur le parenchyme lui-même.

« L'épithélium de surface est normal sur une grande partie de son étendue. Traversé en certains points par quelques éléments diapédétiques, il présente même par places de véritables pertes de substance très localisées comme étendue, mais atteignant tout ou partie des couches cellulaires. A ce niveau, on constate de multiples thèques intra-épithéliales; les noyaux perdent leur colorabilité, les cellules tombent par desquamation sous forme de lamelles ou bien se dissocient les unes des autres; les épines de Schultze disparaissent, les corps cellulaires deviennent globuleux, s'isolent définitivement et tombent.

» Comme l'épithélium, la zone sous-épithéliale est normale presque partout, mais on y constate en quelques endroits une prolifération des cellules fixes et la présence de lymphocytes nombreux.

» De loin en loin, il existe des foyers de nécrose très localisés correspondant aux pertes de substances épithéliales.

» Le tissu lymphoïde sous-jacent est hyperplasié. Les follicules sont nombreux, la plupart très volumineux. L'anneau périfolliculaire est moins accusé que sur une tonsille saine; le centre germinatif semble disparaître par suite de la multiplication des cellules, et, dans l'intervalle des follicules, on constate un réseau réticulé très serré, dont les mailles interceptent de nombreuses cellules lymphatiques poly et mononucléaires. Il y a, en somme, exagération de l'état normal.

» Les travées ou cloisons conjonctives ne sont pas plus développées que celles de l'amygdale saine. Elles sont moins apparentes, comme étouffées par l'hyperplasie lymphoïde.

» Légères altérations vasculaires du type inflammatoire; un peu de gonflement de l'endothélium et des parois, gaines riches en cellules lymphatiques.

» La lumière des pertes de substance, très peu éten-

duc, de forme linéaire s'évasant à la surface, est remplie de cellules desquamées et de leucocytes. »

L'examen microbiologique révèle la présence de microbes très abondants au niveau des points de nécrobiose, mais qu'on retrouve par petits groupes assez loin dans l'épaisseur de la zone lymphoïde.

C'est surtout dans la tuberculose et la syphilis que l'examen anatomo-pathologique sera souvent d'un grand secours.

A. — *Tuberculose.*

Lorsqu'on examine une coupe d'hypertrophie tuberculeuse, on peut voir, soit une forme nodulaire, soit de l'hypertrophie lymphoïde.

FORME NODULAIRE. — On trouve l'épithélium de revêtement très altéré, surtout au niveau des cryptes. Le chorio est remplacé par du tissu tuberculeux. Il y a aussi hyperplasie des follicules. Les nodules peuvent être superficiels ou profonds. L'épithélium, à leur voisinage, ne présente pas de modifications. Le follicule est quelquefois réduit à une cellule géante et quelques cellules épithélioïdes; au contraire, le tissu adénoïde se transforme souvent en nappes de cellules épithélioïdes contenant des follicules.

HYPERPLASIE LYMPHOÏDE. — Quelquefois, le processus est différent; on est alors en face d'une hyperplasie massive. Il arrive fréquemment que, dans l'hypertrophie tuberculeuse, on ne trouve aucun bacille de Koch, et l'inoculation au cobaye ne le tuberculise pas. Parfois, au contraire, aucun indice ne fait supposer la tuberculose, et les recherches bactériologiques ou l'inoculation donnent seules des résultats positifs.

B. — *Syphilis.*

L'établissement du diagnostic au microscope offre sou-

vent de grandes difficultés. Les modifications ne sont pas caractéristiques et portent sur le parenchyme et la muqueuse. Les lésions épithéliales, rares, sont très limitées; il y a une diapédèse intense. Dans le tissu conjonctif sous-épithélial, on constate une prolifération des cellules fixes et, en quelques points, une importante lymphocytose. Les vaisseaux plus abondants, à parois présentant un endothélium peu gonflé et des gaines riches en cellules lymphatiques, sont presque caractéristiques de la lésion. Enfin, l'examen microbiologique révèle la présence de tréponème autour des vaisseaux sanguins ou lymphatiques dans le parenchyme et au niveau des éléments épithéliaux.

AFFECTIONS CHRONIQUES. — L'amygdalite linguale hypertrophique chronique peut se diviser en hypertrophie vraie et pseudo-hypertrophie.

Dans la première forme, tous les éléments constitutifs du tissu amygdalien sont augmentés; dans la seconde, on trouve un engorgement plus ou moins considérable des cryptes par des produits de sécrétion. Sous leur influence, il apparaît un gonflement chronique qui peut simuler au premier abord une hypertrophie vraie.

Lorsqu'on examine une coupe, on constate la plupart du temps une augmentation de la vascularisation; toutes les cryptes sont augmentées en profondeur et en largeur. On trouve un épithélium pavimenteux stratifié qui les tapisse complètement. Le nombre de cellules de revêtement est lui aussi augmenté; sur les parois des cryptes, le revêtement épithélial est moins épais, mais la couche limitante profonde est formée de cellules cubiques, et le derme a un volume plus considérable.

Parfois, on a des amygdales dures; dans ces cas, on voit quelques modifications se produire. Le tissu conjonctif devient très abondant, les follicules se multiplient et leur vo-

lume s'accroît. Les parois des vaisseaux s'épaississent et, consécutivement, leur calibre diminue. En résumé, nous voyons que l'hypertrophie vraie consiste simplement en une hyperplasie des éléments constitutifs de l'amygdale normale, qui produit, suivant que tel ou tel processus prédomine, ou la forme adénoïde ou la forme scléreuse. Cette évolution extrêmement lente ne provoque, sauf dans des processus aigus, aucune réaction inflammatoire.

Examen bactériologique.

Il nous sera souvent très utile de pratiquer cet examen pour savoir exactement à quel genre d'agent microbien nous avons à faire. La microbiologie ne nous permettra pas toujours d'apercevoir le microbe dans les tissus. La culture sur les divers milieux et le frottis nous dira si nous nous trouvons en présence de streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, diplocoque, colibacille, bacille de Koch, bacille fuso-spirillaire, etc.

Il est cependant des cas douteux où, malgré tous ces procédés, on ne peut affirmer son diagnostic. L'hésitation la plus fréquente porte sur la syphilis et la tuberculose; c'est précisément là que les réactions sérologiques pourront apporter une certitude.

Réaction sérologique.

A. — TUBERCULOSE. — 1. *L'inoculation au cobaye.* — Une parcelle du fragment de la biopsie est inoculée à l'animal, qui ne tarde pas à mourir de tuberculose généralisée, ou présentera, vers la cinquième semaine, un chancre tuberculeux de l'abdomen, où on retrouvera le bacille.

2. *Le séro-diagnostic.* — Application à la tuberculose de la séro-agglutination de Widal; négative, elle a une valeur absolue; positive, sa valeur est partielle.

3. *Réactions à la tuberculine.* — Ces réactions mettent

en évidence une tuberculose latente, une bacillose au début, par suite d'une hypersensibilité de l'individu, qui a eu dans son existence une infection tuberculeuse, si minime soit-elle.

4. *Réaction de fixation de complément.* — C'est l'application du Bordet-Wassermann à la tuberculose, faite au moyen des antigènes de Calmette et de Besredka. On ne peut, là encore, affirmer la tuberculose que si cette épreuve est négative, car elle peut être positive dans d'autres maladies infectieuses.

B. — SYPHILIS. — 1. *La recherche du tréponème.* — Soit dans les liquides exsudés, soit dans les tissus prélevés. Dans les exsudats, l'ultra-microscope le décèle le plus souvent; on peut le colorer au bleu Giemsa, en bleu ou rose, ou bien par le procédé Tribondeau-Fontana, au nitrate d'argent ammoniacal, en bleu noirâtre. Dans les tissus, on le recherche par différentes méthodes d'imprégnation argentique.

2. *Réaction de fixation de complément.* . . a) *Bordet-Wassermann* : Cette réaction ne sert qu'à confirmer le diagnostic, non à l'établir, car, négative, elle ne permet pas de l'éliminer.

b) *Réaction de fixation de Calmette et Massol* : Ce procédé paraît supérieur au Wassermann, la dose d'antigène mise en présence de doses progressives d'alexine étant fixe.

Nous voyons donc que, dans la plupart des cas, grâce à ces divers procédés, il sera possible au médecin d'établir un diagnostic de certitude, grâce auquel il pourra faire le traitement qui conviendra, suivant le cas.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie des amygdalites linguales est restée longtemps très incertaine. On leur a trouvé des causes multiples, et les facteurs les plus divers ont été incriminés. Certains, cependant, ne sauraient échapper à l'observation.

Nous avons pu recueillir, dans le service de M. le professeur Moure, les observations de 113 cas passés dans la clinique pendant une période de vingt ans, et il nous a paru intéressant de faire quelques remarques en s'appuyant sur les chiffres donnés.

L'amygdalite de la base de la langue est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, très rare chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que chez le vieillard. Notre statistique nous donne le tableau suivant :

68 femmes;
40 hommes;
4 enfants de 12 à 15 ans;
1 femme de 72 ans.

La prédominance pour les femmes est, d'ailleurs, un fait bien connu et sur lequel tous les auteurs sont d'accord. Seifert, cependant, sur 106 cas, avait observé 58 hommes

et 48 femmes. Raoult cite un cas isolé d'un enfant de 7 ans, et plusieurs autres de 7 à 13 ans. Moure rapporte une observation qui concerne un homme de 91 ans. Nous-même, comme on l'a vu plus haut, avons trouvé une malade âgée de 72 ans atteinte de folliculite de la base de la langue à gauche. Mais ce sont là des exceptions dont on ne saurait faire état.

La profession n'apparaît pas avoir une grande importance sur l'affection. On trouve indifféremment des ménagères, des couturières, des employées, des peintres, des comptables, des manœuvres. On doit cependant constater qu'il y a peu d'individus vivant au grand air.

Nous devons enfin tenir compte des saisons qui, à notre avis, sont susceptibles d'avoir une certaine influence. Les cas les plus nombreux se manifestent au début et à la fin de l'hiver. On compte, en effet, 12 malades en février, 13 en mars, pour 7 en avril, 5 en mai et 2 en août. A ce moment là, on constate une recrudescence avec 10 en septembre, 15 en octobre et 14 en novembre, pour retomber à 3 en décembre. Il est donc manifeste que certaines époques sont favorables à l'évolution des différentes amygdalites.

Après ces quelques données statistiques, nous allons maintenant passer en revue les différentes causes susceptibles de provoquer les diverses amygdalites linguales que nous avons étudiées précédemment. Nous adopterons la méthode des auteurs, qui distinguent d'une part les causes locales, d'autre part les causes générales.

La tonsille de la base de la langue subit en partie les mêmes influences que les palatines. Parmi les causes locales, nous devons citer tout d'abord le milieu buccal, qui constitue, par les sécrétions de la muqueuse, un excellent milieu de culture dans lequel pourront se développer toutes sortes d'affections. Spicer faisait intervenir les altéra-

tions des sécrétions nasales, lacrymales et buccales. On trouve aussi à leur origine des stomatites, des gengivites, et surtout des caries dentaires. Si nous nous rapportons à une statistique de Raoult (*Rev. de Laryng.*, 1895), nous voyons les résultats suivants :

35 accompagnés de lésions dentaires et buccales;

12 causes dentaires ou buccales seules;

23 avec cause naso-pharyngée ajoutée.

Un facteur assez fréquent peut être constitué par un corps étranger susceptible de produire à son passage une érosion ou une simple éraillure, entraînant à sa suite une infection et une inflammation aiguë de la tonsille préépiglottique. Un traumatisme chirurgical de l'arrière-gorge, ou même à distance de la muqueuse nasale, peut produire des effets semblables. Il peut en être de même, d'après Cartaz et Marion, des cautérisations galvaniques brusques traumatisant la muqueuse de façon exagérée. Enfin, la structure elle-même du tissu amygdalien, par la disposition de ses cryptes, est un des points de départ les plus importants de toutes les amygdalites.

Les causes générales que l'on retrouve dans toute la littérature concernant la pathologie de la base de la langue sont, elles aussi, très nombreuses. On a accusé toutes les substances irritantes, telles que : la fumée, le tabac, l'alcool, les boissons fortes, les mets épicés; nous avons vu que les saisons pouvaient avoir une action manifeste. L'angine érythémateuse, en effet, se rencontre plus fréquemment à la fin du printemps et au début de l'automne. L'été, au contraire, provoque de préférence l'angine catarrhale. Au début du printemps et de l'automne, on voit apparaître les amygdalites lacunaires ulcéreuses, tandis que le froid entraîne les abcès et les angines pseudo-membraneuses. Swain, d'ailleurs, accordait au froid une part prépondérante.

Une place importante doit être faite aux obstructions d'origine nasale. Raoult les met en cause le plus souvent. L'imperméabilité du nez oblige le malade à respirer la bouche ouverte, et on trouve là un point de départ fréquent. Nous avons constaté, dans les observations recueillies, une grande proportion de sujets porteurs de végétations adénoïdes, de cornets hypertrophiés, d'éperons, de déviation de la cloison, qui, l'obstacle enlevé, voyaient leur amygdalite regresser spontanément. Les suppurations naso-pharyngées, elles aussi, peuvent être mises en cause.

L'état général du malade a une grande influence sur l'apparition des amygdalites; ce sont surtout des sujets débilités, fatigués, soit à la suite d'un travail excessif, soit à la suite de maladies infectieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la variole, qui y sont le plus enclins. On a vu, dans les rhumatisants, les goutteux, les arthritiques, des prédisposés. Enfin, la contagion est un facteur qu'on ne doit pas oublier. On rencontre dans l'arrière-gorge des bacilles de toutes sortes : strepto, staphylo, pneumo et coli.

L'hypertrophie chronique des follicules de la base de la langue relève, la plupart du temps, des mêmes causes. Elle est consécutive à des poussées inflammatoires paroxystiques répétées, à des angines catarrhales qui traînent en longueur; on les retrouve après des infections générales, aiguës, grippales, rhumatismales, etc. On a accusé les congestions gutturales liées à la grossesse, l'aménorrhée, les affections utérines, la ménopause.

Nous nous trouvons souvent aussi en face de diathèses telles que la syphilis secondaire et la tuberculose, qui, d'aiguës, deviennent rapidement chroniques, grâce à l'infection spécifique. Enfin, il est une autre cause que l'on rencontre souvent : l'usage habituel et exagéré de la voix parlée et chantée, qui contribue à l'installation insidieuse et à la persistance de l'inflammation et de la tuméfaction de la

tonsille préépiglottique. Pour Mongardi, la leucémie et la pseudo-leucémie peuvent intervenir.

Enfin, il est possible que certaines toux rebelles que l'on trouve chez les enfants soient intimément liées à une hypertrophie chronique des follicules de la base de la langue.

Les amygdalites linguales ont donc une étiologie à peu près semblable à celle des autres amygdales ; cependant, la pratique courante et les statistiques montrent que ces affections sont extrêmement plus rares que celles des amygdales palatines. Les données anatomiques et anatomo-pathologiques exposées plus haut nous en donnent les raisons. La situation de la quatrième amygdale, placée sur la partie la plus postérieure de la langue, ses cryptes beaucoup moins nombreux, moins profonds, le développement bien moins considérable des thèques intraépithéliales, nous explique la rareté relative des amygdalites linguales par rapport aux palatines, beaucoup plus exposées à toutes les infections intrabuccales, naso-pharyngées, par leur situation, le nombre et la profondeur de leurs cavités cryptiques.

Les réactions amygdaliennes sont celles du tissu lymphoïde en général. La base de la langue contenant un amas de follicules lymphatiques, nous retrouverons là toutes les réactions propres à ce tissu. Nous pouvons observer à ce niveau soit une *suractivité fonctionnelle*, des formations lymphoïdes, soit au contraire une *inflammation* qui portera sur les éléments de la muqueuse elle-même.

Suractivité fonctionnelle.

On voit se produire une augmentation considérable des follicules clos en nombre et en volume. A l'état normal, ils sont petits et sombres ; à l'état pathologique, au contraire, ils sont volumineux et clairs. Les centres germa-

tiques se multiplient et se développent entre les follicules déjà existants. Cet élément deviendra peu à peu un organe lymphoïde de grande taille. On arrive ainsi à l'hypertrophie amygdalienne par une augmentation progressive des éléments.

Parfois, la surproduction des cellules étant insuffisante, les centres germinatifs disparaissent et sont remplacés par des cellules lymphatiques, les cellules filles se transformant en lymphocytes. L'aspect est alors tout différent et l'on se trouve en présence d'une masse homogène de tissu lymphoïde où l'on peut à peine distinguer les follicules. Enfin, on peut avoir une hyperplasie telle que la masse est devenue totalement homogène.

Inflammation.

Le processus aigu commence tout d'abord par une polynucléose neutrophile qui s'installe dès le début de l'inflammation et persiste pendant toute la période d'état. Lorsque l'affection arrive à la fin ou commence à décliner, on observe une diminution des polynucléaires neutrophiles et on voit apparaître une mononucléose, puis apparaît de l'éosinophilie. La formule n'est donc pas la même selon qu'on observe l'inflammation à l'un de ces trois stades et varie selon sa cause. Ce processus peut aboutir soit à la suppuration, soit à l'œdème, soit à la nécrose.

L'inflammation chronique se produit par des poussées inflammatoires aiguës qui se reproduisent plusieurs fois et dont le stade de mononucléose s'installe et devient dominant pendant toute la durée de l'infection. Selon les modes de réaction des cellules lymphoconjonctives, on peut avoir une inflammation pure ou associée. Si les cellules restent à l'état de lymphocytes ou si elles se modifient pour devenir cellules plasmiques, on a une inflammation lymphoïde; si elles évoluent en fibroblastes, on a une sclérose.

Entre les inflammations aiguës et chroniques, nous avons déjà distingué le type subaigu telle l'adénite amygdalienne. Les caractères de l'inflammation aiguë sont ici plus atténués. On trouve, aussi, une polymélocose neutrophile assez abondante, ainsi que de la tuméfaction modérée de l'endothélium des vaisseaux sanguins ; de ce stade subaigu, nous pouvons évoluer vers la guérison. Tout rentre dans l'ordre en peu de temps, 4 à 5 semaines environ ; on passe alors par le stade éosinophile, puis mononucléose ; ou bien vers le processus chronique ou les phénomènes persistent : tuméfaction de l'endothélium des vaisseaux sanguins, hypertrophie des cellules conjonctives fixes, nombreux plasmazellen. Dans la syphilis, le processus subaigu se traduira par une vascularite précoce. Dans la tuberculose, on se trouve en présence d'une dystrophie. On trouve un follicule composé d'un nodule épithélioïde et d'une bordure embryonnaire qui est un vrai tissu lymphoïde auquel fait suite les zones d'infiltration périphériques. Si on a une métaplasie épithélioïde importante, on a une tuberculose folliculaire. S'il y a néoformation de tissu lymphoïde, on aura l'hypertrophie.

Nous avons vu, par conséquent, que, dans les amygdalites, on pouvait observer une suractivité fonctionnelle ou une inflammation. Ces processus ne sont souvent pas isolés l'un de l'autre ; on les observe, au contraire, fréquemment associés. Mais, en général, l'un domine l'autre de façon prédominante et c'est ainsi que nous pourrions avoir une amygdalite aiguë, lorsque les phénomènes inflammatoires domineront ; subaigu, lorsque prédominera la suractivité fonctionnelle.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Les pages qui précèdent nous montrent que les amygdalites linguales peuvent revêtir les types les plus divers. Il nous reste maintenant à voir la gravité que peuvent présenter ces différentes affections.

Les amygdalites aiguës de la tonsille préépiglottique sont en général bénignes et cèdent à un traitement approprié en l'espace de quelques jours. Il en est cependant de rebelles qui résistent à toute médication, d'autres qui récidivent continuellement. L'angine herpétique par exemple qui dure généralement de 6 à 8 jours peut se répéter ensuite sous l'influence d'une prédisposition. Elle est ordinairement peu grave et peu exposée aux complications. Il est toutefois un danger auquel elle est exposée : l'inoculation de la diphtérie sur les points ulcérés et l'infection secondaire consécutive.

Les amygdalites linguales subaiguës, de même que le processus aigu, sont généralement peu graves; la maladie évolue le plus souvent en quelques semaines, et tous les phénomènes rentrent dans l'ordre ; ou bien elle s'achemine vers l'hypertrophie qui s'installe définitivement. On a pu observer des complications aphyxiques, mais ce sont des

faits très rares. Il est à remarquer que l'on a là une indication précieuse d'un état général lymphatique qui pourra nous permettre de prévoir des récidives amygdaliennes possibles.

La tuberculose que nous avons fait rentrer dans ce cadre est très grave dans certains cas, dans d'autres, au contraire, elle s'atténue. La marche de l'affection dépend du degré d'infection générale, de la forme et de l'évolution de la maladie.

Quant à la syphilis, nous pouvons dire, actuellement, que c'est une affection bénigne, maîtrisée par le traitement spécifique, mais susceptible de revêtir une certaine gravité si on ne l'arrête pas dans son évolution.

Enfin, l'hypertrophie chronique des follicules linguaux, comme la plupart des affections que nous avons déjà vues, revêt, elle aussi, peu de gravité. Elle l'est davantage chez les professionnels orateurs, chanteurs, par les troubles vocaux qu'elle entraîne et qui les gênent dans l'exercice de leur métier. Chez les nerveux, elle a un caractère plus sérieux. La douleur et sur tout la sensation d'obstruction de l'arrière-gorge retentissent considérablement sur l'état moral de ces malades, qui se croient atteints d'affections dangereuses.

En résumé, nous voyons que les amygdalites linguales soit aiguës, soit subaiguës, soit chroniques, n'offrent généralement que peu de gravité ; surtout si l'on fait un traitement approprié ; c'est ce dernier que nous allons étudier, dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La thérapeutique de l'amygdalite de la base de la langue, sera différente suivant que nous assisterons à un processus aigu, subaigu ou chronique.

Les traitements les plus divers ont été employés. Des gargarismes à l'acide phénique, au thymol, au phénosalyl, à l'acide salicylique, des cautérisations avec des liquides caustiques, etc...

Nous aurons de très bons résultats, dans le formes aiguës et douloureuses, en employant des fumigations avec des plantes aromatiques que l'on répète trois ou quatre fois par jour, durant 5 à 10 minutes. On mettra 30 grammes de plantes aromatiques dans un litre d'eau additionné d'une cuillerée à café de teinture d'eucalyptus. Pour combattre l'infection, il sera bon de faire un badigeonnage avec une solution de chlorure de zinc au 1/40^e ou au 1/50^e.

En général, un à deux badigeonnage sont suffisants, on le répètera, si besoin est, dans les deux jours suivants. On le fera suivre de quelques gargarismes émollients de préférence alcalins.

Le malade les emploie en bains de gorge, la tête for-

tement penchée en arrière, en répétant la syllabe « glou ».

Dans l'angine herpétique, on donnera un purgatif alcalin contre l'infection générale et un gargarisme Borax Bromure.

Dans l'amygdalite ulcéreuse aiguë, on devra nettoyer et déterger les ulcérations, pour arriver à une résolution rapide. Il conviendra d'écouvillonner soigneusement avec la solution de chlorure de zinc indiquée plus haut, puis les lavages avec la solution boratée répétés fréquemment, auront rapidement raison de cette affection. L'amygdalite lacunaire caséeuse, sera traitée surtout par l'évacuation des cryptes qu'elles contiennent, en débridant avec un bistouri coudé, les travées qui séparent les lacunes. Quant à l'amygdalite enkystée, l'ouverture au galvanocautère et le curettage, puis le traitement ordinaire, sont la méthode de choix.

L'amygdalite ulcéro membraneuse cédera rapidement sous l'action du chlorate de potasse employé en gargarisme et en comprimés. On peut employer aussi des injections alcalines dans la bouche avec l'injecteur « enema ».

Enfin, si l'on veut hâter la guérison, on pourra faire une écouvillonnage de la partie malade, avec une solution au chlorure de zinc ou boratée. Dans tous les cas le chlorate de potasse agira comme spécifique.

La thérapeutique des affections subaiguës, sera identiques à celles du processus aigu. On procèdera aux attouchements au chlorure de zinc, suivis de gargarismes émollients, puis de badigeonnages astringents, iodo iodurés, de jus de citron, etc.

Sur l'adénopathie, nous appliquerons de la teinture d'iode, des compresses chaudes, des pansements humides. La désinfection de la muqueuse nasale est indispensable avec une pommade à l'adrénaline et à la cocaïne. Si on

ne constate pas d'amélioration dans une quinzaine de jours, l'exérèse de l'amygdale, sera faite.

La tuberculose de l'amygdale linguale nécessite un traitement particulier. Dans la tuberculose miliaire, on doit tout d'abord soulager le malade en supprimant la douleur. Les lavages alcalins seront maintenus. On fera des pulvérisations calmantes à la morphine et cocaïne, 3 ou 4 fois par jour, au moment des repas.

Le malade se rincera ensuite la bouche, avec une solution alcaline avant de manger.

On pourra essayer aussi après avoir détergé les surfaces ulcéreuses des insufflations avec orthoforme et diodoforme (aâ 5 gr.) et menthol (1 gr.), une pincée deux fois par jour.

Ces formes sont malheureusement très rebelles et la thérapeutique ne donne souvent pas les résultats attendus.

Dans la forme hypertrophique, les badigeonnages au chlorure de zinc doivent être supprimés et remplacés par des gargarismes iodés astringents x et xx gouttes de teinture d'iode dans un demi verre d'eau bouillie tiède. Attouchements avec des solutions iodées fortes. A l'intérieur l'iode a une action très efficace. Le traitement général de la tuberculose s'impose ici (station marine), si la guérison tarde, ou si l'hypertrophie est gênante on pratiquera l'ablation de la tonsille.

Le traitement de la syphilis comme celui de la tuberculose sera général et local. Le traitement général avec le mercure, l'arseno-benzol, etc... Le traitement local avec des gargarismes iodo-iodurés.

Eviter l'abus du tabac, de l'alcool, et la fatigue vocale. Si l'hypertrophie résiste, ablation.

Il ne nous reste maintenant qu'à examiner le traitement

des amygdalites hypertrophiques chroniques, il peut être soit médical, soit chirurgical. Nous devons tout d'abord nous assurer s'il n'y a pas présence de végétations adénoïdes, car dans de nombreux cas la suppression de ces dernières amène la régression spontanée de l'hypertrophie.

Le traitement médical consistera en gargarisme astringents iodo-iodurés, des attouchements locaux avec des solutions iodées, du jus de citron, des solutions d'adrénaline au 1/5.000°. Mais ces traitements qui donnent quelques résultats dans la pseudo hypertrophie, restent souvent impuissants en face d'une hypertrophie vraie. On a employé aussi des cautérisations au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, à l'acide chromique. Les résultats ne sont guère meilleurs.

Reste donc le traitement chirurgical. Ici encore, nous trouvons de nombreux procédés. Quinlan préconise le bistouri ou les ciseaux ; cette technique étant d'une exécution difficile et dangereuse est à rejeter ; Ruault propose le galvanocautère en cautérisations linéaires profondes. D'autres enfin se servent du tonsillotome, de l'adénotome, de l'anse froide, de l'anse galvanique.

Si les follicules n'occasionnent qu'une gêne relativement faible on peut employer le couteau galvanique appliqué à plat, en pénétrant dans l'épaisseur du tissu. Cette méthode donne de bons résultats, mais a l'inconvénient d'être douloureuse. Le procédé actuellement le plus employé et qui paraît être le procédé de choix est le morcellement de l'amygdale hypertrophiée. On se sert pour cela des pinces de morcellement de Furet, d'Escat ou de Mourc. Pour pratiquer l'opération, on a soin de cocaïner l'amygdale sur tout son pourtour ; on saisit entre les mors de la pince la portion d'amygdale à sectionner et on serre les mors de façon à écraser le tissu en le coupant.

Après l'opération, le malade emploie un gargarisme

alcalin froid pendant deux jours. Ce procédé évite la douleur du galvanocautère et l'hémorragie des autres interventions. Il a en outre l'avantage de supprimer le tissu malade en une seule séance.

Enfin, nous avons vu que dans toutes ses affections, il intervenait le tempérament individuel ; un état lymphatique l'accompagne généralement. Il faudra par conséquent s'occuper de l'état général. On pourra instituer un traitement tel que : bains salés, saisons thermales sulfureuses, préparations iodées ou iodotanniques, exercice, grand air, etc. . . .

OBSERVATIONS

Toutes les observations citées dans notre travail sont inédites et ont été recueillies dans la clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie de M. le Professeur Moure.

OBSERVATION I

Martin M. . . , 24 ans, ecclésiastique, se présente à la clinique le 1^{er} décembre 1902. Se plaint de fatigue de la gorge, gêne en avalant, douleurs et enrouement. Pas de phénomènes généraux.

Examen laryngoscopique. — On voit une hypertrophie de l'amygdale linguale ; larynx sain. Le toucher naso-pharyngien décele un petit tapis adénoïdien.

Diagnostic. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. Végétations adénoïdes ; gargarisme iodé. Dans quelques jours attouchement au chlorure de zinc.

8 décembre. — L'amygdale linguale a diminué de volume. Continuer gargarismes ; badigeonnage au chlorure de zinc.

15 décembre. — Le malade est guéri.

OBSERVATION II

Marie C. . . , 72 ans, ménagère, vient à la consultation de laryngologie le 5 février 1903. Accuse une douleur vive de la gorge, se transmettant à l'oreille gauche ; gêne en avalant.

Examen au miroir. — On voit une folliculite latérale de la base de la langue à gauche. La sensibilité de l'arrière gorge est très diminuée.

Diagnostic. — Folliculite latérale gauche de l'amygdale linguale; poudre à priser :

Iris de Florence	0 gr. 40
Menthol pulvérisé	0 gr. 25
Camphre	1 gr.
Café noir porphyrisé ..	12 gr.

Attouchement de la base de la langue au galvanocautère ; badigeonnages iodés.

12 février. — La malade va mieux. L'amygdalite est en voie de résolution. Continuer le traitement.

28 février. — La malade est presque guérie.

OBSERVATION III

Marie D., 18 ans, ouvrière, vient à la clinique le 8 octobre 1903 pour un fort mal de gorge; gêne à la base de la langue, douleur à la déglutition, sensation de corps étranger.

Examen laryngoscopique. .. Montre une amygdale linguale volumineuse granuleuse, avec un point blanc acuminé à droite.

Diagnostic. — Amygdalite linguale avec folliculite à droite; gargarisme iodé, badigeonnage; voir plus tard pour ablation de l'amygdale linguale.

23 novembre. — Pommade cocaïne et adrénaline; attouchement de l'amygdale linguale avec galvanocautère.

28 novembre. — La malade va mieux.

OBSERVATION IV

Auguste D., 32 ans, sculpteur, vient à la clinique le 19 avril 1905, se plaignant de sensation de corps étranger, de gêne à la déglutition, de toux, de douleur violente de la gorge ainsi que des oreilles; pas de phénomènes généraux.

Examen. — On constate une hypertrophie de l'amygdale linguale et une légère hypertrophie papillaire du bord de la langue à droite. La palpation révèle un petit ganglion sous-maxillaire sensible à la pression.

Diagnostic. — Hypertrophie de l'amygdale linguale et des papilles du bord droit de la base de la langue. Gargarisme iodé.

20 mai. — Pointes de feu sur l'amygdale linguale; gargarisme borax bromure.

4 juin. — Brûlure n'est pas encore guérie; continuer gargarisme.

8 juillet. — Valérianate d'ammoniaque.

13 septembre. — Ablation de l'amygdale linguale.

3 octobre. — Le malade est complètement guéri.

OBSERVATION V

Camille G., 19 ans, domestique, se présente le 27 février 1907. Il souffre d'un mal de gorge qui dure depuis déjà quelque temps.

Examen. — Hypertrophie des amygdales linguale et palatine, ces dernières volumineuses et encapuchonnées.

Diagnostic. — Hypertrophie des amygdales buccales et linguale; pommade, gargarisme.

2 mars. — Adénotomie.

5 avril. — Le malade ne présente plus rien. L'hypertrophie est complètement disparue.

OBSERVATION VI

Marie-Louise R., 32 ans, sans profession, vient à la consultation de M. le professeur Moure le 12 octobre 1907 parce qu'elle souffre de la gorge. La malade a avalé, il y a huit jours, une amande. Depuis ce moment, elle ressent de vives douleurs à la déglutition et de la gêne à la respiration.

Examen. — On aperçoit à la base de la langue, du côté droit, au niveau du repli glosso-épiglottique, une infiltration rouge assez circonscrite, au sommet de laquelle une surface grisâtre de tissu sphacélé. Le toucher buccal ne réveille aucune douleur. La palpation décèle une petite adénite sous-maxillaire un peu plus considérable à droite qu'à gauche.

Diagnostic. — Infiltration du repli glosso-épiglottique latéral droit de la base de la langue. Gargarismes, fumigations.

28 octobre. — La malade va mieux; le repli glosso-épiglottique est moins rouge et moins infiltré.

OBSERVATION VII

Henri L., 22 ans, sculpteur, vient se consulter, le 5 janvier 1909, parce que, depuis quelques jours, il souffre de maux de gorge lui provoquant des douleurs dans les oreilles, surtout du côté gauche. Il souffre en avalant et a une sensation de constriction du gosier.

Examen laryngoscopique. — On découvre une amygdale linguale augmentée de volume; rien au larynx. Le toucher naso-pharyngien ne décèle pas de végétations. L'examen du nez montre un gros éperon à gauche et un léger gonflement de la muqueuse des cornets.

Diagnostic. — Hypertrophie de l'amygdale linguale; éperon à gauche. Pommade nasale, gargarismes.

16 janvier. — Eperotomie gauche.

5 février. — Le malade est complètement guéri; l'hypertrophie de l'amygdale a rétrocedé.

OBSERVATION VIII

René G., 25 ans, serrurier, se présente le 31 mars 1909. Il souffre en avalant, sent quelque chose dans sa gorge, tousse. Il respire la bouche ouverte, son nez étant bouché. Il souffre aussi des oreilles à droite et n'entend pas très bien.

Examen. — Montre une hypertrophie diffuse de toute l'amygdale linguale. On sent des végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. L'examen nasal fait découvrir un éperon à droite. L'examen des oreilles révèle une otite cicatricielle double.

Diagnostic. — Hypertrophie diffuse de l'amygdale lin-

guale, végétations, otite cicatricielle double. Gargarisme iodé, pommade nasale.

18 février 1910. — Le malade, qu'on n'avait pas revu, revient à la clinique. Les manifestations, qui avaient disparu, se manifestent à nouveau. Gargarisme, pommade.

2 mars. — Adénotomie; gargarisme à continuer, valériannate. Les lèvres des trompes sont très saillantes et très épaisses, mais on enlève peu de végétations. Amygdale linguale encore rouge et tuméfiée.

28 mars. — Le malade ne présente plus rien du côté de la base de la langue. Guéri.

OBSERVATION IX .

Philippe M., 40 ans, employé de commerce, vient le 5 février 1910 à la clinique pour gêne dans la gorge. Les douleurs ne sont pas très prononcées; il ressent surtout des picotements.

Examen. — On voit une grosse amygdale linguale; le malade a de la paresthésie pharyngée. Examen nasal : déviation de la cloison à droite.

Diagnostic. — Amygdalite chronique hypertrophique, paresthésie pharyngée.

Traitement. — Badigeonnage avec :

Borate de soude, bromure à à 4 gr.

Glycérine 45 gr.

26 avril 1913. — Le malade, qui n'était pas revenu depuis 1910, se plaint toujours de la gorge. L'amygdale linguale est rouge et hypertrophiée; pas de réaction ganglionnaire. On met quelques points de galvanocautère sur l'amygdale.

22 avril 1914. — On trouve encore une hypertrophie de l'amygdale. Rien au larynx, rien à l'arrière-gorge; quelques troubles paresthésiques. Badigeonnage mentholé, valériannate.

17 mars 1920. — L'amygdale linguale a un peu diminué, mais on voit encore de l'hypertrophie. Petit éperon à droite.

Hypertrophie du cornet inférieur. Pommade nasale, gargarisme, fumigations aux espèces aromatiques.

24 mars. — Cornéтомie.

26 avril. — L'hypertrophie est presque complètement disparue. Le malade est en voie de guérison.

OBSERVATION X

Jean M., 49 ans, agent de police, se fait examiner le 12 février 1910. Il souffre de la gorge et a la sensation d'avoir un corps arrêté dans l'arrière-gorge. Ne présente aucun phénomènes généraux.

Au miroir. — On voit une grosse hypertrophie de la tonsille linguale. Cet homme souffre d'une bronchite chronique depuis 30 ans. Les douleurs de gorge se font sentir surtout le matin, au moment de la toux. A l'inspection, on constate une forte décoloration du voile du palais.

Diagnostic. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. Badigeonnage iodé, cocaïne, adrénaline, galvanocautère, gargarismes.

18 mars. — L'amygdale est revenue presque à l'état normal. Continuer le traitement.

OBSERVATION XI

Abel R., coiffeur, 25 ans. Se présente à la clinique de laryngologie le 9 mars 1910. Se plaint de la gorge; sensation de rudesse, tousses, douleur dans les oreilles; pas de ganglions, pas de fièvre.

Laryngoscopie. — On voit une hypertrophie de l'amygdale linguale; un peu d'amygdalite cryptique; un point de mycosis à la partie postérieure de l'amygdale palatine droite et sur la base de la langue. Rien au larynx.

Diagnostic. — Hypertrophie de l'amygdale linguale, amygdalite cryptique et mycosis. Gargarismes iodés, attouchement au chlorure de zinc.

23 mars. — L'amygdalite va mieux. Les points de mycosis subsistent toujours. Continuer le gargarisme; attouche-

ment au gargarisme iodé pur des parties atteintes de mycosis.

5 mai. — L'amygdale est revenue à son volume normal; le mycosis a presque disparu. Continuer le traitement.

• OBSERVATION XII (inédite)

Gabriel H., 21 ans, peintre, vient consulter, le 29 novembre 1910, parce qu'il souffre de la gorge; les douleurs sont exaspérées par la déglutition et s'irradient vers les oreilles. Il présente de l'œsophagisme.

Examen. — On aperçoit de petites éraillures de l'amygdale linguale, qui est très rouge et un peu en saillie.

Diagnostic. — Folliculite de l'amygdale linguale. Gargarisme borax bromure.

15 décembre. — Le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XIII

Antoinette G., 36 ans, marchande, 4 janvier 1911. Souffre de la gorge. Douleur à la déglutition, enrouement.

Examen. — Au pôle inférieur de l'amygdale linguale, à droite de la base de la langue, on voit une surface rouge éraillée, enflammée.

Diagnostic. — Amygdalite linguale aiguë.

Traitement. — Ne pas parler. Badigeonnage au chlorure de zinc, gargarisme borax bromure.

17 janvier. — Malade très bien guérie.

OBSERVATION XIV

Jules S., 25 ans, ajusteur, 8 février 1911. Ressent des picotements dans l'arrière-gorge, souffre au passage des aliments ou en avalant sa salive, douleur du côté des oreilles.

Examen. — On voit une hypertrophie de l'amygdale linguale, recouverte de nombreuses nodosités blanchâtres. Dans le naso-pharynx, amas croûteux sur un tissu adénoïde assez saillant,

Diagnostic. — Amygdalite linguale caséuse, coryza atrophique, hyposthésie.

Traitement. — Gargarisme iodé, irrigations nasales, faire le morcellement des amygdales dans quelques jours.

19 février. — Amygdalotomie par morcellement des amygdales buccales et linguales, gargarisme borax bromure.

28 février. — Le malade va bien; la plaie n'est pas encore guérie. Remplacer le gargarisme borax bromure par un gargarisme iodé qu'on ne fera qu'après le repas.

1^{er} octobre 1913. — Le malade revient pour de la parésie pharyngée. Il est complètement guéri de son hypertrophie amygdalienne.

OBSERVATION XV

Jeanne C. . . 40 ans, journalière, 18 février 1911. Se plaint de sensation de corps étranger et de mal de gorge, surtout lorsqu'elle avale des aliments ou la salive.

La base de la langue est rouge vif; on voit des follicules enflammés; l'amygdale linguale est tuméfiée. Au toucher buccal, on sent une légère saillie entre le pilier antérieur et la base de la langue.

Diagnostic. — Folliculite aiguë de la base de la langue. Gargarisme borax bromure, valérienate.

22 février. — Amélioration.

28 février. — Guérison complète.

OBSERVATION XVI

Marguerite P. . . 31 ans, ménagère, 10 mai 1911. Souffre de maux de gorge et de gêne à la déglutition.

Examen au miroir. — Décèle des follicules rouges un peu tuméfiés.

Diagnostic. — Folliculite aiguë base de la langue.

Traitement. — Badigeonnage au chlorure de zinc au 1/50^e, gargarisme borax bromure.

15 mai. — Amélioration. Continuer le traitement.

19 mai. — Guérison complète.

OBSERVATION XVII

Augustin D., 18 ans, jardinier, 8 novembre 1911. Le malade a une sensation de corps étranger ; douleur même en avalant la salive, se répercutant vers l'oreille.

Examen. — Amygdale linguale très rouge un peu en saillie.

Diagnostic. — Folliculite amygdale linguale.

Traitement. — Gargarismes borax bromure.

15 novembre 1911. — Guéri.

OBSERVATION XVIII

Elodie D., charpentier, vient à la clinique le 19 juin 1912 pour gêne et douleur dans l'arrière-gorge.

Au miroir. — On voit une amygdale linguale rouge, très en saillie. Le toucher naso-pharyngien fait sentir des végétations adénoïdes.

Diagnostic. — Hypertrophie de l'amygdale linguale, végétations adénoïdes. Gargarisme iodé, pommade nasale.

22 juin. — Adénotomie.

30 juin. — Guéri.

OBSERVATION XIX

Léontine D., 28 ans, employée à Pellegrin, consulte, le 25 juin 1912, pour douleurs vives de la gorge se répercutant dans les oreilles.

Examen. — Amygdale linguale rouge avec un léger exsudat ; pas ou peu de tuméfaction.

chlorure de zinc, gargarisme borax bromure, pas de mets épicés et de charcuterie.

2 juillet. — En voie de guérison. Continuer le traitement.

OBSERVATION XX

Charlotte D..., 12 ans, employée à l'hôpital, se plaint de la gorge depuis déjà quelque temps ; sensation de gêne, douleur du côté des oreilles, tousses, picotements.

Examen. — Grosse hypertrophie des amygdales palatines et linguales, volumineuses végétations- adénoïdes.

Traitement. — Pommade nasale, gargarisme borax bromure.

15 janvier. — Amygdalotomie. Continuer gargarismes.

25 janvier. — Adénotomie.

2 février. — On repasse le doigt ; plus de végétations, plus d'amygdalite.

OBSERVATION XXI

Marguerite C..., 31 ans., ménagère, 22 février 1913. Souffre de la gorge ; irradiation vers les oreilles. La malade souffre de la gorge depuis plusieurs années ; gêne à la déglutition, respire mal.

Diagnostic. — Folliculite de la base de la langue.

Traitement. — Solution iodée en gargarismes et attouchements, valérienate.

1^{er} mars. — La malade souffre moins ; les muqueuses arythénoïdienne et trachéale sont rouges. Même traitement.

14 mars. — Amélioration.

5 avril. — La malade est guérie ; cesser tout traitement.

OBSERVATION XXII

Andréa D..., 43 ans, lisseuse, 10 juin 1913. Souffre en avalant ; douleurs dans l'oreille ; on note une légère rougeur de la base du pilier antérieur droit et un point blanc gros comme un grain de mil.

Diagnostic. — Folliculite amygdalienne.

Traitement. — Gargarisme boraté ; badigeonnage chlorure de zinc.

25 juin. — Malade guérie.

OBSERVATION XXIII

Jacques M., 33 ans, agent de police, vient le 2 juillet 1913 parce qu'il souffre de la gorge ; a une sensation de corps arrêté dans le gosier.

Examen. — Grosses amygdales buccales et linguales ; végétations adénoïdes très diffuses sur lesquelles la curette n'aurait aucune prise.

Diagnostic. — Hypertrophie des amygdales buccales et linguale.

Traitement. — Gargarisme iodé, pommade dans le nez.

10 juillet. — Légère amélioration.

17 mai 1922. — Vient pour enrouement depuis un mois et demi ; quelques points de folliculite au niveau de l'amygdale linguale hypertrophiée ; épiglotte encapuchonnée ; cordes vocales un peu rouges. Fumigations.

25 mai. — Le malade va mieux.

OBSERVATION XXIV

Charles A., 30 ans, fumiste. 21 mars 1914. Mal de gorge, gêne en avalant.

Examen. — Rien au larynx ; amygdale linguale très volumineuse, végétations adénoïdes.

Traitement. — Gargarisme borax bromure. Pommade dans le nez ; faire adénotomie.

4 avril 1914. — Adénotomie ; continuer les gargarismes.

15 avril. — Malade guéri.

OBSERVATION XXV

Henriette B., 24 ans, employée. 13 janvier 1915. Hypertrophie de l'amygdale linguale chez une paréthésique ; devait être opérée d'amygdalotomie il y a un an. Pommade, gargarisme iodé.

17 janvier. — Opération.

25 janvier. — Guérie.

OBSERVATION XXVI

Marie C., 25 ans, ménagère. 9 août 1919. Angine érythémateuse et amygdalite linguale; ne peut avaler depuis trois jours; érosion et hypertrophie de l'amygdale linguale; éruption de la face, poitrine et jambes.

11 août. — Prise de sang pour Wassermann. Résultat négatif.

Traitement. — Gargarisme iodé.

17 août. — Légèrement améliorée.

OBSERVATION XXVII

François M., 60 ans, interprète. 4 février 1920. Souffre des deux bords de la langue, à l'union de la base de la langue et des piliers antérieurs.

Diagnostic. — Amygdalite linguale latérale.

Traitement. — 1° Gargarisme borax bromure. 2° Point de galvanocautère de chaque côté.

8 février 1920. — Amygdalite en voie de résolution.

OBSERVATION XXVIII

Jean F., 36 ans, gardien de la paix, 4 février 1920.

Depuis 7 à 8 jours enrouement. Sensation de corps étranger dans le vestibule laryngé. Dysphagie légère.

Examen. — Repli glosso épiglottique gauche tuméfié. Gargarisme borax bromure.

8 février. — Tuméfaction en résolution. Continuer gargarismes.

15 février. — Guéri.

OBSERVATION XXIX

Georges C., 25 ans, ajusteur, vient à la consultation le 10 décembre 1920, prétend avoir eu une éraillure de la gorge en mangeant des sardines. Il souffre de la gorge surtout en avalant.

Examen. — Mauvaise dentition. Chaque follicule clos est atteint par points séparés. L'infection ne siège pas que sur les amygdales mais aussi sur tous les follicules clos du pharynx et de l'amygdale linguale. Rien au larynx.

Diagnostic. — Folliculite aiguë des amygdales buccales et linguales et des follicules de la paroi postérieure du pharynx.

Traitement. — Badigeonnage chlorure de zinc. Gargarismes.

15 décembre. — Grande amélioration.

OBSERVATION XXX

Anna L..., 38 ans, ménagère, 22 janvier 1921.

Diagnostic. — Amygdalite linguale lacunaire enkystée. Pharyngite granuleuse.

Examen. — Au niveau de la base de la langue, kyste caséux valérien. Badigeonnages mentholés. Gargarismes.

2 février 1921. — Va mieux, mais le kyste persiste. On l'ouvre au galvanocautère ; on curette la cavité ; badigeonnage au chlorure de zinc.

15 février 1921. — Malade guérie.

OBSERVATION XXXI

Firmin C..., 54 ans, employé d'octroi, 2 février 1921.

Souffre de la gorge en avalant et en parlant. A eu une hémoptysie il y a deux ans ; a maigri beaucoup.

Examen. — Décoloration intense du voile du palais. L'amygdale linguale est hypertrophiée, pâle et décolorée à droite ; exulcérée à sa surface. Semis jaunâtre ; faire biopsie. Quelques ganglions sous-maxillaires.

Larynx. — Très légère infiltration de la région postérieure un peu plus marquée à droite ; fortes douleurs à la déglutition.

Diagnostic. — Amygdalite miliaire palatine droite. Amygdalite miliaire linguale.

Traitement. — 1° Gargarisme iodo-ioduré. 2° Deux fois par semaine attouchement avec ce liquide pur.

12 mai 1921. — Le malade va beaucoup mieux.

Résultat de la biopsie. — Infiltration généralisée. En de nombreux points les cellules épithéliales s'orientent autour d'une ou de deux cellules géantes pour former les follicules typiques.

Réaction torpide à type folliculaire vraisemblablement tuberculeux.

OBSERVATION XXXII (Inédite)

C... Yvonne, 34 ans, manufacturière. Se présente à la clinique de la Faculté le 2 novembre 1921 pour un enrrouement qui dure depuis un mois. Douleurs de gorge ; sensation de corps étranger. Cette femme est enceinte de 5 mois ; a eu un enfant il y a 11 ans ; a fait une fausse couche de 5 mois il y a 5 ans.

Rien à l'arrière-gorge. Amygdale linguale tuméfiée touchant l'épiglotte. Repli ary-épiglottique droit infiltré.

Gargarisme boraté ; fumigations.

4 mars 1922. — Pas de modifications ; on fait une biopsie.

15 mars 1922. — La tumeur est moins volumineuse.

Réaction inflammatoire. A l'examen histologique du côté droit, surface très légèrement mamelonnée. A gauche, saillie irrégulière ; mollesse au toucher moins volumineuse.

Gargarisme iodé.

29 mars 1922. — La malade présente la même tumeur au niveau de l'amygdale linguale à gauche. La tumeur paraît plus dure que précédemment. Le volume n'a pas diminué, on constate un enduit blanc à la surface. Pas de ganglion sous-maxillaires.

La tuméfaction de l'amygdale linguale s'étend à l'amygdale palatine.

Le gargarisme iodé a plutôt irrité la lésion locale. On

fait une nouvelle prise ; ainsi qu'un examen bactériologique des crachats.

Gargarisme boraté.

19 avril 1922. — On note une grosse infiltration de l'épiglotte confondue avec la tumeur amygdalienne, ainsi qu'une grosse infiltration des deux replis. En somme : hypertrophie de l'amygdale linguale à gauche. Examen radioscopique des poumons ; examen des crachats ; prise de sang pour Wassermann.

Radioscopie. — Adénopathie hilare droite. Médiastin obscur ; une calcification ganglionnaire à la naissance de la corne hilare droite ; un nodule calcifié dans le parenchyme pulmonaire ; partie marginale de la zone sous-apicale droite.

22 avril 1922. — Résultat de l'examen des crachats. Pas de bacille de Koch.

29 avril 1922. — Amygdale linguale très notablement diminuée ; la malade est infiniment mieux d'un côté. Mais l'infiltration vestibulaire de l'amygdale persiste.

Bordet-Wassermann: positif. Traitement biioduré.

6 mai 1922. — Ne supporte pas du tout le traitement spécifique, qui lui a provoqué des crachements de sang.

L'amygdale linguale a presque repris le volume normal. L'épiglotte est légèrement infiltrée sur sa face linguale à gauche. Le repli correspondant a beaucoup diminué ainsi que le repli droit qui est encore un peu prononcé.

24 mai 1922. — La malade va beaucoup mieux.

Examen de laboratoire. — Lésion inflammatoire torpide à type nodulaire avec nécrose centrale et réaction fibreuse périphérique ; vraisemblablement tuberculose.

OBSERVATION XXXIII (Inédite)

Andrée D. . . , 43 ans, lisseuse, vient se consulter le 5 mai 1922 parce qu'elle souffre en avalant ; elle a la sensation d'avoir un corps étranger dans la gorge ; la douleur se répercute dans l'oreille droite.

Examen. — On note une légère rougeur à la base du pilier antérieur droit et un point blanc du côté droit de l'amygdale linguale, gros comme un grain de mil.

Diagnostic. — Folliculite amygdale de la base de la langue à droite.

Traitement. — Gargarisme borax bromure. Badigeonnage au chlorure de zinc.

20 mai. — La malade est complètement guérie.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous dégagerons les faits suivants :

1° L'amygdale linguale peut présenter tous les processus réactionnels, que l'on trouve pour les autres tonsilles. Ils se divisent en aigus, subaigus et chroniques. La tuberculose et la syphilis peuvent s'y localiser.

2° Cette affection est surtout le propre de l'âge adulte avec une proportion plus grande chez la femme. Elle est beaucoup plus rare que les amygdalites palatines.

3° Le diagnostic clinique sera établi le plus souvent d'après les symptômes et l'examen laryngoscopique. Dans les cas douteux, on aura recours à l'examen anatomo pathologique et aux réactions de laboratoire.

4° Les amygdalites linguales sont un mode de réaction à toute infection endogène ou exogène (inflammation, diathèses, spécificité).

5° Sauf dans quelques cas de tuberculose, leur pronostic est bénin.

6° Dans les cas aigus ou subaigus, le traitement sera le plus souvent médical. La chirurgie n'interviendra qu'exceptionnellement. Dans les hypertrophies chroniques, il sera presque toujours chirurgical, et en ce cas, on préférera le morcellement.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

E.-J. MOURE.

Vu :

Le Doyen :

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 1^{er} juillet 1922,

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMÉ. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. *Thèse de Paris*, 1896.
- BAR. — Inflammation de l'amygdale linguale. *Revue hebdom. de laryngol.* n° 36, 4 sept. 1897.
- BEAUSOLEIL. — De l'inflammation aiguë de l'amygdale. *Semaine médicale*, 17 août 1895.
- BÉRINI. — Un cas d'hypertrophie notable de l'amygdale linguale. *Revue de méd. y circ.* n° 5, mai 1904.
- BEVERLEY-ROBERTSON. — Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde des fossettes épiglottiques. *The Practit Soc.* 6 janv. in *Méd. Rec.* 4 fév. 1888.
- BIEDERT. — Affections of the lingual tonsills and heir treatment med. and surg. *Rep. Episc. Hosp. Phila.* 1916, III.
- BOULENGIER. — Trois exemples cliniques d'affections de l'amygdale linguale. *Presse méd. belge*, n° 1, 1893.
- BOUZAIN. — Sur le traitement iodique de la tuberculose linguale. *Pensiero medico* 1912, n° III.
- BOWEN. — L'hypertrophie de l'amygdale linguale. *The New-York Med. Journ.*, 25 décembre 1897.
- BRADY. — Hypertrophie de l'amygdale linguale et son ablation par l'amygdalotome. *The Journ. of laryng.*, mai 1897.
- BRIDE (M.-C.). — Tissu adénoïde de la base de la langue com-

- me facteur de maux de gorge. *Edimb. med. Journal*, sept. 1887, et *Bret. med. journ.* p. 179.
- CASADESUS. — Hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause des attaques de l'asthme. *Revista de laring., otolog. y rinolog.*, octobre 1892.
- CHAMBERLIN. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Virgini-um med. Monthly*, août 1894.
- CHAUVEAU. — Hypertrophie exceptionnellement volumineuse de l'amygdale linguale. *La France médicale*, n° 17, 29 avril 1898.
- COLM. — Sur un cas de périamygdalite ling. phlegmoneuse. *Archives Internat. de laryngologie, etc*, n° 5, 1893.
- CROUZILLAC. — Amygdalite linguale phlegmoneuse. *Revue hebdom. de laryngol.*, n° 13, 1898.
- DAVIS (Henry). — Cas d'hypertrophie de l'amygdale linguale chez une femme de 39 ans atteinte de syphilis. *Soc. de laryng. de Londres*, séance du 5 mai 1900, in *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 39, 1900.
- DAVIDSON. — L'amygdale linguale. *Virg. med. Semi-Monthly*, 21 septembre 1906.
- DEFOUTRE. — Périamygdalite linguale phlegmoneuse. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, t. XXIX, n° 5, mai 1903.
- DE CHAMPEAUX. — Gomme de l'amygdale linguale. *Revue hebdom. de laryng.*, n° 20, 1905.
- DICKINSON. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Buffalo med. Journal*, juin 1896.
- DIDSBURY. — Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale. *Arch. internat. de laryng., etc.*, n° 5, sept.-oct. 1897.
- DUBREUIL (Georges). — Leçons d'histologie sur les organes lymphopoiétiques-hématopoiétiques et hématolytiques, III (Amygdales). *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 26, 25 juin 1922.
- DUNBAR ROY. — Hypertrophie lymphoïde de la base de la langue comme cause d'affections laryngées, particuliè-

- rement chez les chanteurs. *Philad. med. News*, 26 octobre 1895.
- DUPUY. — L'amygdale linguale. *New Orléans med. ans surg. journal*, septembre 1911.
- ESCAT. — Rapport sur la pathol. de l'amygdale linguale. *Bull. de Soc. franç. d'oct.* 1898. Anal. in *Revue hebd. de laryngol.*, n° 24, 11 juin 1898.
- ESCAT. — Amygdalite linguale phlegmoneuse. *Revue hebdom. de laryngol.*, n° 5, 1^{er} février 1896.
- ESCAT. — Amygdalite linguale phlegmoneuse. *Med. News*, 21 mars 1896.
- FALLAS ET STEINHAUS. — Hypertrophie polypoïde de l'amygdale linguale. *Soc. d'anat. pathol. de Bruxelles*, in *Presse méd.*, 25 février 1911.
- FALLAS ET STEINHAUS. — Hypertrophie polypoïde de l'amygdale. *Journal méd. de Bruxelles*, n° 10, 1912.
- FERRAND ET ROSENTHAL. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. *Lyon méd.*, n° 34, 1902, et *Presse méd.* n° 73, 10 sept. 1902.
- GOUREAU. — Toux opiniâtre due à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. *Actualité méd.*, 15 mars 1892.
- GROSSARD. — Maladie de l'amygdale linguale. *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie*, 1^{er} avril 1911.
- HAMILTON. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Revue de laryngologie, etc.*, n° 5, 1894.
- HERTZOG. — De l'hypertrophie des glandes de la base de la langue. *Wien. med. Presse*, 6 janv. 1889.
- HELLER. — Contribution à l'étude de la syphilis de l'amygdale linguale. *Berlin Klin. Wochens.*, n° 9, 1900.
- HOWARD-STRAIGHT. — Hypertrophie de l'amygdale linguale avec relation d'un cas. *Cleveland med. Journ.*, février 1896.
- JANPRELEVITCH. — Des troubles nerveux déterminés par l'hypertrophie de l'amygdale linguale. *Ann. méd. clin. du centre*, n° 3, février 1903.

- JARCKY (H.). — Hypertrophie du tissu lymphoïde de la base de la langue. *Amer. Journ. of the med. sciences*, vol. CXXIV, n° 1, juillet 1902.
- JERVEY. — Hypertrophie de l'amygdale linguale et l'importance de son diagnostic pour le patricien général. *New-York méd. Journ.* 220, 1898.
- JOHNSON (J.-H.). — L'amygdale linguale à l'état sain et à l'état pathologique. *Journal of ophthalmol. and oto-laryng.* novembre 1912, vi, n° 11.
- JOUSSET. — La pathol. de l'amygdale linguale. *Le Nord méd.* n° 179, 15 mars 1902.
- JOUCHERAY. — L'amygdale linguale phlegmoneuse. *Archives méd. d'Angers*, 20 février 1901. Anal. in *Bull. méd. de Paris*, n° 20, 13 mars 1901.
- KERSTING (G.). — Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale linguale. *Wurzburg-Verlag der Stadel Schenk. Hof et Kunsthaudlung*, 1889.
- KERSTING. — Pathologie de l'amygdale linguale. *Internat Klin. Rundschau*, 1^{er} juin 1890.
- KIMMIE (Mc.). — Hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitem. *Virginia méd. Semi-Monthly*, 13 août 1897.
- KRONEBERG. — Contribution à la pathologie et à la thérapie de l'amygdale linguale. *Berliner Klin.*, Heft 77 novembre 1894.
- LABÉQUE. — Contribution à l'étude des inflammations aiguës de l'amygdale linguale. *Thèse Bordeaux*, 1894.
- LEMERE. — L'amygdale linguale. *Médecine Détroit*, juin 1902.
- LÉVY (Robert). — L'amygdale linguale. *The New-York med. Journ.*, 15 septembre 1900.
- LÉVY. — L'amygdale linguale. *Dewer med. times*, oct. 1900.
- LENNOX-BROWNE. — Sur quelques particularités anatomiques ayant trait à la pathologie de l'amygdale linguale. *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 23, 4 juin 1898.
- LUBLINSKI. — Syphilis de l'amygdale linguale avec remarques sur ses rapports avec l'atrophie lisse des glandes fol-

- liculaires de la langue. *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, 1900.
- LUBLINSKI. — Syphilis de l'amygdale linguale. Considérations sur les rapports avec l'atrophie lisse des glandes folliculaires de la langue. *Deutsch. méd. Wochens.*, n° 14 et 15, 1900.
- LENNOX-BROWNE. — Hypertrophie chronique et varices de l'amygdale linguale. *Liverpool med. Chirurg. Journ.* janvier 1896 in *The med. Magazine*, janvier 1896.
- LEWIS. — De l'amygdalite linguale. *The laryngoscope*, n° 1, juillet 1896.
- MARION. — Des affections de l'amygdale linguale et plus spécialement de l'amygdalite linguale aiguë. *Thèse* Paris, 1894.
- MARTIN. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Med. and surg. Report.* 13 novembre 1897.
- MASIP. — L'amygdale linguale chez les tuberculeux. 1^{er} Congrès espagnol internat. de la tuberculose, in *Rev. Barcelonesa*, 31 décembre 1910.
- MAURICE. — Troubles dus à l'hypertrophie et aux varices de l'amygdale linguale. *Gaz. des hôp.* 18 octobre 1913.
- MORRISON-RAY. — Des affections du tissu glandulaire de la base de la langue. *Amer. Pract. and News*, 12 août 1893.
- MORRISON-RAY. — Quelques affections du tissu glandulaire de la base de la langue. *Med. and surg. Reporter*, 19 août 1893.
- MOUNIER. — Des abcès de l'amygdale linguale. *Société franç. d'otol. et de laryngol.*, Paris 30 avril 1894.
- MOURE. — Amygdalite linguale, examen histologique. *Société d'anat. et de phys. de Bordeaux*, in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 13, 1896.
- MOURE ET RAULIN. — Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngées et préépiglottiques. *Revue de laryngol.* 1^{er} mars 1891.

- MOURE ET RAULIN. — Des manifestations de la syphilis sur les amygdales pharyngées et préépiglottiques. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 avril 1891.
- MINK. — Die Pathologie und therapie der tonsillen in Lichte ihrer physiologische tätigkeit. *Arch. f. Laryng. und Klin.*, Berlin 1919-20, xxxii.
- NIFONG (F.). — Hypertrophie de l'amygdale linguale chez un enfant. *Saint-Louis Courier*, avril 1903.
- NEUCOMB. — La syphilis de l'amygdale linguale. *Med. New*, 2 juillet 1892.
- PETTINATI. — L'amygdale linguale étudiée chez l'homme et les principaux mammifères. *Pratica oto-rhino-laryngol.* n° 1, 1907.
- PEYRE-PORCHER. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Méd. News*, 16 mars 1899.
- PORTMANN (Georges). — Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. Les amygdales hypertrophiques subaiguës. *Ann. de Méd.*, t. VIII, n° 3, sept. 1920.
- RAYNOR. — L'amygdale linguale. *Amér. Journ. of surg. New-York*, avril 1909.
- RAOULT. — Amygdalite linguale d'origine dentaire et buccale. Communication faite à la Société française d'otol. et de laryngol. *Semaine médicale*, 8 mai 1895.
- RAOULT. — Des inflammations de l'amygdale linguale d'origine dentaire et buccale. *Rev. de laryngol. otol. et rhinol.*, n° 11, 1^{er} juin 1895.
- RICHARDSON. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Amér. méd. Philadelp.*, 3 septembre 1904.
- RICCI. — De la tonsillite linguale lacumaire à répétition. *Arch. ital. di otol.*, vol. VII, fasc. 4, 1898.
- RICCI. — Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur l'amygdale linguale. *Arch. ital. di otol. etc.*, vol. V, n° 1-3, 1897.
- RICCI. — Contribution à la pathologie de l'amygdale linguale. *Arch. ital. di otol.*, vol. V, 1^{er} février 1897.

- ROBINSON (B.). — Hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue. *N. S. méd. rec.*, 4 février 1888.
- ROBINSON (R.). — Hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause de la toux. (20^e Congrès de l'Assoc. américaine de laryngol., Brooklyn, 16-18 mars 1898. Anal. in *Rev. hebdom. de laryngol.*, n° 42, 1898.
- ROE. — Hypertrophie glandulaire de la base de la langue ; son traitement. *Journal of Americ. médic. Associat.*, 26 octobre 1889.
- ROQUER (Y.) ET CASADESUS. — Sur les réflexes dérivés de l'amygdale linguale hypertrophiée. *Revisa de laryng. otol. rinolog.*, n° 5, XII, 1892.
- ROSENTHAL. — L'hypertrophie de l'amygdale linguale. *Thèse de Lyon*, 1902.
- RUULT. — Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse, périamygdalite linguale phlegmoneuse, phlegmon sous-muqueux superficiel de la base de la langue. *Arch. de laryngol.* janv.-février 1892.
- RUULT. — Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue). *France médicale*, n° 65-66, 5-7 juin 1888.
- SCHEPPEGRELL. — Hypertrophie de l'amygdale linguale avec un rapport sur 15 cas. *Méd. News*, 29 octobre 1892.
- SCHAEDE (M.). — L'hypertrophie de la quatrième amygdale et son traitement. *Berliner Klinisch Wochenseeh*, 30 mars 1891.
- SCHIFFERS. — Syphilis de la tonsille linguale. *Arch. internat. de Rhurōtologie*, n° 30, 1893.
- SEIFERT. — Pathologie des amygdales linguales. *Archives f. laryng. ind Rhinologie*, b. I, heft 1, 1893.
- SEIFERT. — Sur l'amygdalite préépiglottique phlegmoneuse. *Rev. hebdom. de laryngol.*, 7 janvier 1911.
- SEIFERT. — Sur la syphilis de l'amygdale linguale. *Münch. méd. Wochens.* n° 6, 1893.

- SEIFERT. — Syphilis de l'amygdale linguale. *Arch. f. Dermatol. und syphilis* 1898.
- SENDZIAK. — Chancre primitif de l'amygdale linguale. *Monats f. Ohrenheilk*, n° 6, juin 1904.
- SWAIN. — Quelques remarques sur les affections de l'amygdale linguale. *New-York med. Journ.*, 25 juill. 1896.
- SIMANOWSKI. — Sur les affections inflammatoires de l'amygdale de la base de la langue ou de la quatrième amygdale Wratch, n° 43-50, 1893.
- SOMERS. — Une étude sur l'amygdale linguale. *The laryngoscope*, n° 3, mars 1897.
- SOLAT. — L'amygdalite et la périamygdalite linguales phlegmoneuses. *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 10, 1913.
- SLUDER. — Some clinical observations on the lingual tonsil. *Ann. in Laryng. Ass. N.-Y.*, 1917, xxv.
- STEIN (Von). — De la symptomatologie de l'hypertrophie des glandes de la base de la langue. *Medicina*, 8 août 1890.
- TOMPKINS. — Hypertrophie de l'amygdale linguale. *Virgin. med. Monthly*, n° 9, 1895.
- TRASHER. — Hypertrophie glandulaire de la base de la langue. *Journal of Americ. méd. Associat.* 5 juillet 1890.
- TURTUR. — Ipertrofia della tonsilla linguale e sua importanza nella pratica. *Policlin. Roma*, 1917, xx(v, Sez. Prat.
- VAQUIER. — Amygdalite linguale phlegmoneuse ; élimination tardive du corps étranger provocateur. *Arch. internat. de laryngol.*, n° 4, 1909.
- VILLECOURT. — Des désordres produits par l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygd. linguale), chez une hystérique. *Gazette des Hôpitaux*, n° 4, 1894.
- VOLKOV. — La path. de l'amygd. linguale et des abcès phlegmoneux du cou (en russe). *Méd. Obozrenié*, n° 13, 1895.
- WINCKLER. — De l'hypertrophie de l'amygdale linguale et de son traitement ; opération. 4^e Réunion des laryngo-

logistes de l'Allemagne du Sud, 7 juin 1897. *Anat. in Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 12, 16 oct. 1897.

WINCKLER. — Du traitement opératif des hypertrophies de l'amygdale linguale. *Wiener med. Wochens.*, numéro 31, 1898.

WINSLOW. — The voice and the lingual tonsil. New-York, in *Journ.* 1920.

WYATT-WINGRAVE. — Hypertrophie de l'amygdale linguale (Bristish). *Laryngol. and Rhinol. Assoc. Journal of laryngol., rhinol. and otol.*, mai 1892.

WYATT-WINGRAVE. — Remarques concernant l'amygdale linguale, rapport sur une nomenclature régionale de la langue. *Bristish laryngol. and rhinol. Assoc. Journal of laryngol., rhinol. and otol.*, mai 1892.

ZÖGRAFIDES. — Catarrhe chronique hypertroplastique de l'amygdale linguale. *Wien. Klin. Wochens.* 1912, numéro 25.

